

**Livret
professionnel
de l'orthophoniste
2019**



Introduction

Le Livret professionnel (version @2019) de la Fédération Nationale des Orthophonistes.

25 467 orthophonistes exercent en France.

Près de 900 nouveaux diplômés issus des Centres de Formation Universitaires Français entrent dans la profession d'orthophoniste chaque année et près de 400 professionnels formés au sein de l'Union Européenne sont reconnus dans les commissions dédiées et peuvent exercer sur le territoire national.

Exercer son activité professionnelle, gérer son cabinet, accompagner les patients et leurs aidants, se coordonner avec les autres professionnels de santé, se protéger et protéger son « outil de travail », participer à des actions de prévention et/ou de recherche, accueillir des stagiaires, sont autant de domaines qui font le quotidien, des contraintes mais aussi des richesses de notre métier.

La profession d'orthophoniste se trouve face à des défis majeurs de mutation des politiques de santé, des évolutions sociétales et des contraintes économiques qui nécessitent, plus que jamais, d'avoir une vision à la fois globale et analytique du système dans lequel nous évoluons avec toutes ses composantes, réglementaire, déontologique, éthique, structurelle, juridique..

Nous vous proposons dans ce **Livret professionnel**, l'ensemble des ressources qui vous sont nécessaires afin de mieux connaître ou d'approfondir vos connaissances, en fonction de vos besoins, concernant le cadre de notre exercice professionnel.

La FNO a souhaité que ce **Livret professionnel** ne soit pas un document figé à risque d'obsolescence programmée à court terme, tant les changements sont fréquents et nombreux dans ces domaines. Ce nouveau **Livret professionnel** est un document en ligne, ouvert à tous et basé sur le principe de la mise à jour immédiate dès qu'une actualisation s'avère nécessaire dans un des domaines.

3 principes de fonctionnement et d'utilisation :

- Le livret est accessible à tous les orthophonistes adhérents ou non adhérents à la FNO directement sur notre portail.
- Un sommaire chapitré vous permet d'accéder directement à la rubrique de votre choix.
- De très nombreux liens insérés dans le corps du texte permettront aux adhérents de la FNO d'accéder à des documents complémentaires pour approfondir les sujets.

Ce Livret professionnel a été conçu par des orthophonistes pour les orthophonistes. Il a l'ambition d'être un guide pour vous accompagner, un outil évolutif adapté constituant une base de données fiable et vérifiées, centralisant toutes les informations nécessaires à l'exercice de l'orthophonie en libéral et en salariat, en intégrant tous les éléments de contexte (interprofessionnel, institutionnel...) qui font notre environnement professionnel.

Nous sommes heureux de vous présenter cette première version @2019 du **Livret professionnel** qui sera mis à jour en fonction de l'actualité.

Parce que le partage de l'information vérifiée et maîtrisée est le moyen le plus sûr de défendre l'orthophonie et les orthophonistes !

Bonne découverte et bonne lecture à toutes et tous !

Merci de votre confiance, merci de votre engagement à nos côtés !

Anne Dehête, présidente



Sommaire

Introduction	3
Historique de l'orthophonie	7
Données démographiques	13
Le statut légal	14
1. Les textes réglementaires	14
2. La qualification	16
3. La formation initiale	16
4. L'exercice illégal	17
Le système de santé français	18
1. Le niveau national	18
2. Le niveau régional : une nouvelle organisation régionale du système de santé	19
3. Le niveau département	26
4. Le niveau local	26
5. Une institution particulière : la Sécurité sociale	27
L'exercice professionnel	29
1. L'accès à la vie professionnelle	29
2. Les aspects réglementaires : urgence, télé-orthophonie, prescription de dispositifs médicaux	30
L'exercice libéral	33
1. Le régime conventionnel	33
2. La NGAP	35
La 1 ^{ère} partie : les dispositions générales	36
La 2 ^{ème} partie : la nomenclature	40
A : Le bilan	41
B : Les séances	42
3. Les dispositions conventionnelles	46
Facturation des soins	46
Le paiement des actes	47
Télétransmission	48
Équipement informatique	49
La CPS	51
Aide à l'équipement informatique du cabinet professionnel	52
Le contrôle médical	55
Les instances conventionnelles	56

4. La démographie	60
Zonage	60
Mesures incitatives	61
C@rtosanté	67
5. La protection sociale des Praticiens Auxiliaires	
Médicaux Conventionnés (PAMC)	67
Assiette et taux des cotisations	68
Prestations CPAM maladie-Maternité	68
Prestations Maternité	69
Prestations Paternité	71
Prestations Carpimko INCAPACITÉ, INVALIDITÉ-DÉCÈS	72
Prestations ALLOCATIONS FAMILIALES	73
Assurances - Protections prévoyance	
de la vie professionnelle	74
Prestations Carpimko pour la retraite	78
Formation continue	83
Le lieu d'exercice	85
1. Le secteur d'installation	85
2. Le cabinet	85
3. La publicité	87
4. La protection des données (le RGPD)	87
5. Affichage dans le cabinet	88
Les formes d'exercice	90
1. Les contrats	90
2. La collaboration	91
3. Le remplaçant	97
4. L'association	98
5. La transmission du cabinet	98
La fiscalité	104
1. Le régime micro-BNC	104
2. Le régime de la déclaration réelle	
(déclaration contrôlée n°2035)	105
L'exercice salarié	109
1. Structures de travail (employeurs)	109
Secteur public	109
Secteur privé	109

2. Le contrat de travail	110
Formes de contrats, évolutions	110
Le salaire	111
Les primes	113
Temps de travail, congés et absences	114
Cumul d'emplois privés	114
Cumul d'emplois public et privé	114
3. La fiche de poste	115
4. Évaluation du salarié	115
5. La couverture sociale	117
Secteur privé et contractuels du secteur public	117
Titulaires du secteur public	117
6. La formation professionnelle	118
Plan de formation de l'entreprise	118
Compte personnel de formation (CPF)	118
Congé individuel de formation (CIF)	118
Conseil en évolution professionnelle	119
Bilan de compétence	119
Développement professionnel continu (DPC) pour les salariés	119
Formation professionnelle dans la fonction publique	119
Déontologie	121
Éthique : la charte éthique	124
Profil professionnel européen de l'orthophoniste-logopède	129
La recherche	131

Historique de l'orthophonie

Le terme d'orthophonie, du grec « droit », « régulier » et « voix », apparaît en 1829 lorsque le Docteur Colombat ouvre son « Institut Orthophonique de Paris » particulièrement destiné au traitement du bégaiement. Il s'agit à cette époque de l'étude des vices de la parole et on peut apprécier l'écart qui sépare cette première définition du concept actuel d'orthophonie.

À la fin du XIXe siècle et jusqu'en 1914 vont se créer, en France sur initiative privée, à l'étranger grâce au soutien des pouvoirs publics, de nombreux centres de traitement du langage. Mais l'essor va se réaliser après la première Guerre Mondiale et très vite, les Centres de formation pour ces thérapeutes du langage - non médecins - voient le jour. En 1924 se crée l'Association Internationale de Logopédie et de Phoniatrie.

En France, on doit noter dès le début du siècle des ouvrages de Madame Cléricy du Collet (« La voix retrouvée », « La voix rééduquée »...) puis, plus tard, les efforts du Docteur De Parrel qui ouvre en 1935 le « Centre social de rééducation pour les déficients de l'ouïe, de la parole, de la respiration et pour les retardés scolaires » et publie en collaboration avec sa femme un « Traité de rééducation » en 1939.

Mais l'essentiel du développement de l'orthophonie en France est lié à la personne de S. Borel-Maisonny. En 1926, elle commence ses rééducations en hôpital auprès d'enfants opérés de divisions palatines en compagnie du Docteur Veau. Puis avec quelques collaboratrices, elle élargit son champ d'intervention à l'articulation et au bégaiement (avec le Docteur Pichon). Dans le même temps, sa collaboratrice, Claire Dinville assure des rééducations de la voix avec le Docteur Tarneaud. Dès 1930, un cours de laryngologie et de phoniatrie est créé, puis en 1933 une section d'études expérimentales des formes pathologiques du langage.

En 1947, la Sécurité sociale accepte sa participation aux traitements du langage, mais il faut attendre 1955 pour voir se créer les premiers enseignements de l'orthophonie (Lyon, Paris, puis Bordeaux et Marseille) qui sont sanctionnés par une attestation d'études d'orthophonie. En 1963, 151 personnes étaient titulaires de cette attestation.

C'est en 1964 que la profession d'orthophoniste reçoit un statut légal en même temps qu'est créé un diplôme national : le Certificat de Capacité d'orthophoniste.

Dès 1965 va se mettre en place une Commission de qualification chargée de délivrer les autorisations d'exercer aux rééducateurs en dyslexie. Il faut attendre la loi de juin 1971 pour qu'ils soient tous intégrés, avec une limitation au langage écrit, à la profession d'orthophoniste.

En 1969, la lettre-clé spécifique, l'A.M.O., est créée.

Enfin, en 1970, la FNO est reconnue syndicat représentatif. Ce qui permettra en 1974 de signer la première convention nationale des orthophonistes avec l'assurance maladie.

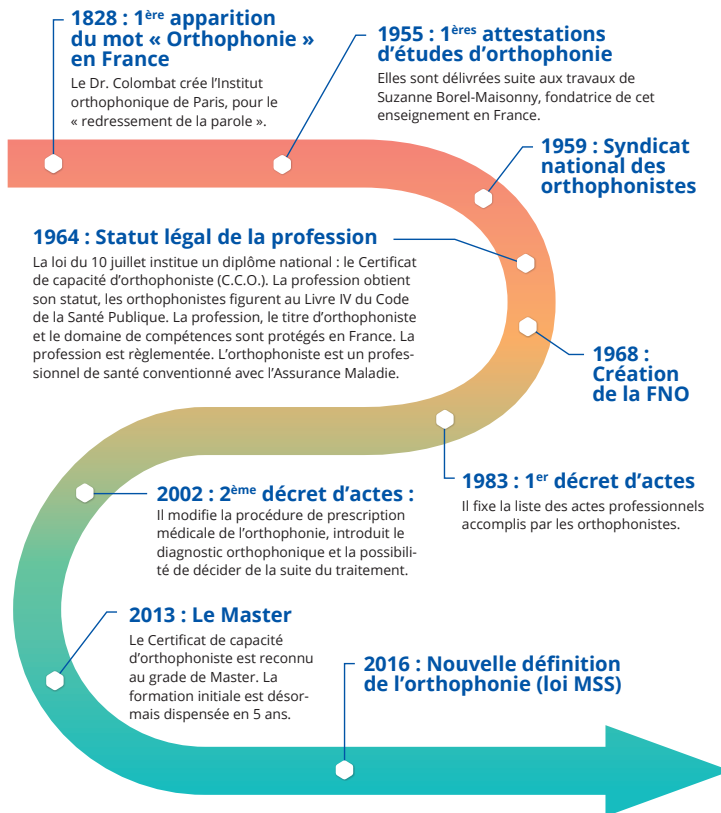
La suite de l'histoire est plus contemporaine. En 1996 (le 31 octobre), c'est la signature d'un nouveau texte conventionnel socle. Ce texte est encore celui qui régit l'exercice conventionné de notre profession ; il sera modifié et amélioré dans une large part en 2002 (avec l'évolution du bilan orthophonique) et dernièrement par l'avenant 16 (publié au Journal Officiel le 26 octobre 2017).

Le texte conventionnel aura fait l'objet, en 22 ans, de 16 avenants successifs afin d'accompagner l'évolution de notre exercice.

En 2013, la formation initiale des orthophonistes, après de nombreuses années de lutte de toutes les instances de la profession pour parvenir à ce niveau de reconnaissance, progressera au grade du Master universitaire (cette évolution est marquée par la publication au Bulletin Officiel du 5 septembre 2013) des référentiels "activités", "compétences" et "formation".

Enfin en 2016, la nouvelle définition de l'orthophonie est inscrite dans l'article L 4341-1 du Code de la Santé publique et remplace celle de 1964. Cette définition correspond aux évolutions considérables des domaines de compétence et du niveau d'expertise des orthophonistes.

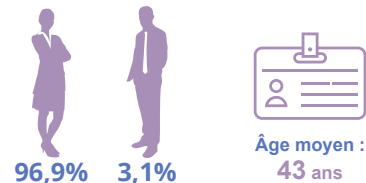
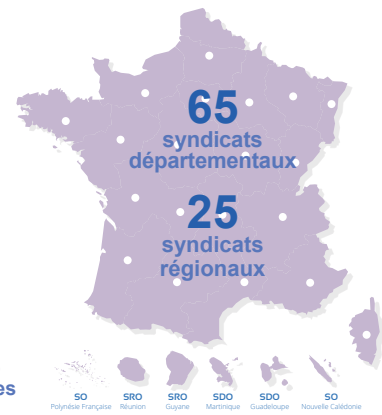
..... Quelques dates



Les orthophonistes en France

25 467 orthophonistes au 1^{er} janvier 2017

19 240 libéraux et mixtes
3 905 salariés



“**Définition de l'orthophonie et des champs de compétences des orthophonistes.**”

Art. L. 4341-1 Code de la santé publique

La pratique de l'orthophonie comporte : la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthophonique, le traitement des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myofaciales chez des patients de tous âges . [...]

En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, l'orthophoniste est habilité à accomplir les

soins nécessaires en orthophonie en dehors d'une prescription médicale, peut prescrire ou renouveler certains dispositifs médicaux, exerce en toute indépendance et pleine responsabilité, établit en autonomie son diagnostic et décide des soins orthophoniques à mettre en oeuvre, participe à la coordination. Il peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche. [...]

La fno c'est

un projet, une ambition pour la profession



Plus de **7 500** adhérents soit **30%** de la profession



Le seul syndicat représentatif des orthophonistes en France

L'action syndicale



Exercice professionnel

- Évolution du statut des orthophonistes.
- Défense et développement de la profession.
- Négociations salariales et négociations conventionnelles.
- Protection juridique.



Formation initiale et recherche

- Évolution de la formation initiale.
- Travaux pour faciliter l'accès à la recherche avec l'Unadréo (Union nationale pour le développement de la recherche et de l'évaluation en orthophonie créée en 1982).
- Participation aux commissions d'autorisation d'exercice pour les étudiants étrangers.



Formation continue

- Défense des droits à la formation de la profession.
- Création d'organismes de formation continue régionaux et national.
- Organisation de plans de formation nationaux à destination d'autres publics (aidants, autres professionnels de santé).
- Partenariat avec des associations d'usagers et des organismes (plans d'aide aux aidants, ...).



Prévention en orthophonie

- Des associations de prévention partout en France.
- Des actions nationales : « 1Bébé, 1Livre », Lutte contre l'illettrisme (« Et si on lisait ? ») etc.
- Un site : infolangage.org.

Les moyens d'action



Les médias

- Un site : www.fno.fr.
- Une présence sur les réseaux sociaux.
- Un journal : « L'Orthophoniste », le mensuel des orthophonistes depuis 1980.
- Une revue de recherche clinique : « Rééducation Orthophonique ».



Une équipe compétente et spécialisée

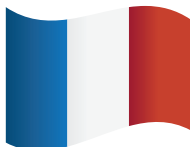
- Le bureau fédéral, le conseil d'administration fédéral.
- Des commissions thématiques, des groupes de travail.
- Un service juridique.



Des événements autour de l'orthophonie

- Congrès fédéraux, congrès scientifiques, colloques.
- Assises nationales de l'orthophonie.

Présence dans les institutions nationales et européennes



Mandats nationaux

- ✓ Négociations avec les ministères de tutelle : Ministère de la Santé, Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Ministère de la Fonction publique, Ministère de l'Éducation nationale, Secrétariat d'état chargé des Personnes handicapées.
- ✓ Négociations et vie conventionnelles avec la Caisse d'Assurance Maladie : La convention nationale en Commission paritaire nationale (CPN), la Commission de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP). **La FNO représente la profession dans la section professionnelle.**
- ✓ Relations conventionnelles aux niveaux régionaux (Commissions paritaires régionales) et départementaux (Commissions paritaires départementales) : Les syndicats régionaux et départementaux de la FNO seuls membres des sections professionnelles.
- ✓ Représentation des orthophonistes libéraux auprès des Agences Régionales de Santé (ARS) : **La FNO désigne tous les membres des Unions régionales des professionnels de Santé (URPS) orthophonistes.**
- ✓ Représentation auprès des instances nationales de formation continue (ANDPC, FIF-PL), du Haut Conseil de professions paramédicales (HCPP), de la Conférence nationale de Santé (CNS), etc.
- ✓ Représentation de la profession dans les structures syndicales interprofessionnelles :
 - Anne Dehêtre, présidente de la FNO est vice-présidente de l'Union nationale des professionnels de Santé (UNPS) et membre du bureau exécutif.
 - La FNO est présente au bureau exécutif de la Fédération française des praticiens en Santé (FFPS).
 - La FNO est membre de l'Union nationale des professions libérales (UNAPL).



Mandats européens

Le CPLOL

- La FNO est membre fondateur du CPLOL.
- La FNO participe régulièrement aux événements européens concernant la profession.

Autres instances européennes

- Le Parlement européen et la Commission européenne.
- Le Conseil européen des professions libérales (CEPLIS) via l'UNPS et l'UNAPL et via le CPLOL.

Les structures créées par la FNO



fno

145, Bd de Magenta
75010 Paris

00 33 1 40 35 63 75

contact@fno.fr www.fno.fr

**Avancées
conventionnelles**

**Réalisations
fédérales**

Création du SNO 1959

10 juillet 1964
La profession acquiert un statut légal

1968

Première présidente
Mme Claire Dinville

16 mars 1968 à Paris.
naissance de la Fédération Nationale des
Orthophonistes. Elle compte 6 syndicats régionaux.

1969 - 1973
Marie-Rose Mousset

- 1969 Lettre-clé AMO
- 1970 Régime conventionnel pour les praticiens libéraux
- 1972 1^{ère} réforme des études (en 3 ans)



La FNO est reconnue représentative, et peut négocier la convention

1973

1973 - 1977
Janie Ciabrini

- 1974 Signature de la 1^{ère} convention nationale avec la Sécurité sociale
- 1978 2^e convention nationale



1977 - 1986
Pierre Ferrand

- 1979 L'AGA-O, centre de gestion agréé pour les orthophonistes est créée



Parution du n°1 du mensuel L'Orthophoniste

1980

Assistance et Prévoyance, organe d'assurance mutualiste est fondé

1980

Mise en place du TDP 81, test de dépistage précoce des troubles du langage

1981

1^{er} colloque Prévention

- 1983 1^{er} décret d'actes
- 1984 3^e convention nationale



Création de l'Unadrio

1986 - 2004
Jacques Roustit

- 1986 Réforme des études initiales (en 4 ans)
- 1990 Refonte de la NGAP
- 1992 Révision du décret d'actes
- 1995 Décès de Mme Suzanne Borel-Maisonny
- 1996 4^e convention

Création d'Ortho-Édition

1986

Mise en place du service juridique de la FNO

1987

Fondation du CPLOL à l'initiative de la FNO
Proposition d'un plan de lutte contre l'illettrisme

1988

Fondation de l'association Orthophonistes du Monde

1992

Reprise de la revue Rééducation Orthophonique par la FNO

1995

Nouveau décret d'actes

2002

2002 Révision NGAP - création des différents bilans, modification de la procédure de prescription médicale de l'orthophonie



Mme Suzanne Borel-Maisonny



XII^e congrès de Besançon



2004 le nouveau siège



2004 - 2013 Nicole Denni-Krichel

Création du CFO (Collège
français d'Orthophonie) **2009**

Signature du
1^{er} partenariat avec la
CNSA et la FNAF pour le
plan Aide aux aidants de
personnes aphasiques **2010**

Formation continue en ligne **2012**

2^e Assises de l'orthophonie **2012**

Grade Master **2013**

Nouvelle définition de
l'orthophonie (article 126 du
Code de la Santé publique)

Signature entre la France et
le Québec de l'ARM (Arran-
gement de Reconnaissance
Mutuelle des diplômes) **2016**



2011 Mise en place des URPS
orthophonistes par désignation

2012 Avenant 13 à la conven-
tion nationale : dispositif d'incitations
démographique, augmentation
de l'AMO et de l'IFD

2013 Anne Dehête

2014 Avenant 14 : procédure SCOR
NGAP : la « communication »
dans les libellés

2016 Avenant 15 : prorogation
du dispositif d'incitation
démographique

Avenant 16 à la convention
(revalorisations, valorisation,
nouveaux libellés)



Nouvelles Assises de
l'orthophonie



Des congrès fédéraux

- **X° Nancy 1977**
L'orthophonie demain
- **XI° Strasbourg 1980**
Droit à la parole, droit à la santé
- **XV° Le Havre 1984**
Être orthophoniste : du colloque singulier au dialogue social, des acquis aux projets
- **XVI° Besançon 1986**
Quel devenir social et économique pour l'orthophoniste ?
- **XVII° Paris 1988**
Nouvelles frontières en orthophonie
- **XVIII° Bordeaux 1990**
La responsabilité individuelle pour l'éthique professionnelle
- **XIX° Montpellier 1992**
Avenir maîtrisé pour l'orthophonie
- **XX° Quimper 1995**
Formation, maîtrise, compétence vers des nouvelles responsabilités
- **XXI° Beaune 1998**
L'orthophoniste dans le nouveau système de soins
- **XXII° Reims 2001**
L'orthophonie au cœur d'un partenariat
- **2004 congrès extraordinaire**
Réforme statuts
- **XXIII° Avignon 2004**
Compétences et responsabilités - L'orthophoniste et l'interprofessionnalité
- **XXIV° La Rochelle 2006**
Être orthophoniste aujourd'hui, l'orthophoniste de demain
- **XXV° Vichy 2010**
L'orthophoniste acteur de santé
- **XXVI° St Malo 2013**
L'orthophoniste, professionnel de santé : identité, autonomie, responsabilités
- **XXVII° Lyon 2016**
Place de l'orthophonie dans notre système de santé : quels enjeux ?
- **Congrès extraordinaire 2016**
Réforme des statuts
- **XXVIII° Bordeaux 2019**



Des congrès scientifiques

- **XXIII° Toulouse 2005**
La compréhension
- **XXIV° Biarritz 2008**
Pragmatique de l'intention à la réalisation
- **XXV° Metz 2011**
Au cœur de l'orthophonie, l'orthophonie au cœur
- **XXVI° Nantes 2014**
Communiquer
- **XXVII° Strasbourg 2017**
Les oralités

Données démographiques

Au 1er janvier 2018, selon la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), les effectifs des orthophonistes s'élèvent à 25 467 orthophonistes, dont 768 dans les DOM.

20 700 ont une activité libérale ou mixte (soit 81 %), 1 875 sont des salariés hospitaliers (7,3 %) et 2892 assurent d'autres postes salariés (11,7 %).

Le taux de croissance de la profession est d'environ +4 % par an.

96,8 % sont des femmes, avec un âge moyen qui est de 43,1 ans pour l'ensemble de la profession et 41,6 ans pour l'exercice en libéral. Il passe à 47,9 ans pour les salariés hospitaliers et à 50,9 ans, toujours en moyenne, pour les autres types de structures.

La répartition des orthophonistes est inégale sur le territoire français. La densité moyenne est de 38,2 orthophonistes pour 100 000 habitants. Elle se répartit de la façon suivante : 31 pour les libéraux, 2,8 pour les salariés hospitaliers et 4,3 pour les autres salariés.

La densité maximale, tous exercices confondus, est atteinte dans le département de Paris (avec 60,3), la plus basse est de 3,4 pour Mayotte et 12,3 pour le Cantal.

Pour les libéraux, les écarts demeurent importants (entre la Creuse avec une densité de 9,2 et l'Hérault avec une densité de 56,8).

La répartition des effectifs par classe d'âge est de moins en moins harmonieuse.

Le début d'activité se situe majoritairement entre 25 et 30 ans.

Depuis un grand nombre d'années, l'activité des orthophonistes tout au long d'une carrière, varie peu, Elle se réduit à partir de l'âge de 57 ans et ce jusqu'à l'âge légal de départ en retraite. Elle est maximale entre 43 et 57 ans.

En revanche, les départs en retraite sont de plus en plus nombreux.

En 2017, 2 104 orthophonistes ont entre 60 et 64 ans, 1 794 orthophonistes ont 65 ans et plus, cela représente 3 898 orthophonistes soit près de 15,3 % des effectifs.

Le statut légal

1. Les textes réglementaires

Le Code de la santé publique

Les orthophonistes sont des professionnels de santé. Ils relèvent du code de la santé publique (Quatrième partie, Livre III). Les orthophonistes sont des auxiliaires médicaux. Le terme d'auxiliaire médical est employé pour les professions non médicales, travaillant sur prescription médicale.

En 2016, la définition de l'orthophonie a été actualisée dans le *Code de la santé publique* (titre IV, article L 4341-1) :

La pratique de l'orthophonie comporte la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthophonique et le traitement des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myo-faciales.

L'orthophoniste dispense des soins à des patients de tous âges présentant des troubles congénitaux, développementaux ou acquis.

Il contribue notamment au développement et au maintien de l'autonomie, à la qualité de vie du patient ainsi qu'au rétablissement de son rapport confiant à la langue.

L'exercice professionnel de l'orthophoniste nécessite la maîtrise de la langue dans toutes ses composantes.

L'orthophoniste pratique son art sur prescription médicale.

En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, l'orthophoniste est habilité à accomplir les soins nécessaires en orthophonie en dehors d'une prescription médicale. Un compte rendu du bilan et des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention.

Sauf indication contraire du médecin, il peut prescrire ou renouveler la prescription de certains dispositifs médicaux dont la liste est limitativement fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

L'orthophoniste exerce en toute indépendance et pleine responsabilité, conformément aux règles professionnelles prévues [...].

Il établit en autonomie son diagnostic et décide des soins orthophoniques à mettre en œuvre.

Dans le cadre des troubles congénitaux, développementaux ou acquis, l'orthophoniste met en œuvre les techniques et les savoir-faire les plus adaptés à l'évaluation et au traitement orthophonique du patient et participe à leur coordination. Il peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.

La définition des actes d'orthophonie est précisée par un décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

Cette définition actualise le champ de compétences des orthophonistes en réaffirmant entre autres que l'orthophoniste pose le diagnostic, décide des soins orthophoniques à mettre en œuvre. Elle intègre également la possibilité pour les orthophonistes de prescrire des dispositifs médicaux, d'intervenir en urgence et en l'absence d'un médecin.

L'article R4341-1 établit la liste des actes qui trouvent ensuite son application dans la Nomenclature générale des actes professionnels.

L'orthophoniste est habilité à accomplir les actes suivants :

- 1°** Dans le domaine des anomalies de l'expression orale ou écrite :
 - a) La rééducation des fonctions du langage chez le jeune enfant présentant un handicap moteur, sensoriel ou mental ;
 - b) La rééducation des troubles de l'articulation, de la parole ou du langage oral, dysphasies, bégaiements, quelle qu'en soit l'origine ;
 - c) La rééducation des troubles de la phonation liés à une division palatine ou à une incompétence vélo-pharyngée ;
 - d) La rééducation des troubles du langage écrit, dyslexie, dysorthographe, dysgraphie, et des dyscalculies ;
 - e) L'apprentissage des systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication ;
- 2°** Dans le domaine des pathologies oto-rhino-laryngologiques :
 - a) La rééducation des troubles vélo-tubo-tympaniques ;
 - b) La rééducation des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole ;
 - c) La rééducation et la conservation de la voix, de la parole et du langage, la démutisation et l'apprentissage de la lecture labiale, y compris dans le cas d'implants cochléaires ou d'autres dispositifs de réhabilitation ou de suppléance de la surdité ;
 - d) La rééducation des troubles de la déglutition, dysphagie, apraxie et dyspraxie bucco-lingo-faciale ;
 - e) La rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle pouvant justifier l'apprentissage des voix oro-oesophagienne ou trachéo-pharyngienne et de l'utilisation de toute prothèse phonatoire ;
- 3°** Dans le domaine des pathologies neurologiques :
 - a) La rééducation des dysarthries et des dysphagies ;
 - b) La rééducation des fonctions du langage oral ou écrit liées à des lésions cérébrales localisées, aphasie, alexie, agnosie, agraphe, acalculie ;
 - c) Le maintien et l'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives du vieillissement cérébral.

Cet article, en vigueur depuis 2004, est issu du décret de compétences de 2002 qui affirmait les missions des orthophonistes : diagnostic et soins, prévention et éducation sanitaire, enseignement, recherche, lutte contre l'illettrisme.

Le **décret de compétences de 2002** a aussi acté l'évolution de la prescription du bilan orthophonique : l'orthophoniste met en œuvre les soins selon le diagnostic orthophonique et le projet thérapeutique, sans que la prescription ne soit limitative.

Les référentiels compétences et activités

Le référentiel compétences et le référentiel activité ont été publiés au bulletin officiel (BO) le 5 septembre 2013, avec le référentiel formation initiale :

- *le référentiel activités détaille les activités de l'orthophoniste ;*
- *le référentiel compétences détaille les compétences mises en œuvre par l'orthophoniste dans ses activités.*

La Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)

Les dispositions générales et la partie relative aux orthophonistes décrivent les actes pratiqués par les orthophonistes, ainsi que leur cadre réglementaire. La NGAP sera détaillée *plus loin dans le livret professionnel.*

Depuis 2002 (décret n° 2002-721 du 2 mai 2002), les conditions de prescription de l'orthophonie sont modifiées. Désormais, la prescription médicale ne nécessite plus de précision quantitative. Il revient donc à l'orthophoniste de mettre en œuvre les soins orthophoniques, de déterminer le nombre et la nature des séances qu'il propose au patient, à l'issue du bilan orthophonique.

La convention nationale

La convention nationale est conclue entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UN-CAM) et la ou les organisations syndicales représentatives de la profession. Pour la profession des orthophonistes, il s'agit de la Fédération nationale des orthophonistes (FNO), syndicat représentatif de la profession. Ce texte s'applique à tous les orthophonistes libéraux qui souhaitent le signer. La convention nationale régit les rapports entre les caisses d'assurance maladie et les orthophonistes libéraux. Elle fait l'objet d'avenants tous les 5 ans, à l'issue des négociations conventionnelles. Des avenants peuvent aussi être conclus dans cet intervalle de 5 ans.

Nous aurons l'occasion de revenir plus largement sur la convention nationale dans la partie *Exercice libéral du livret professionnel.*

2. La qualification

Pour exercer, l'orthophoniste doit être titulaire du certificat de capacité d'orthophoniste (Article L.4341-3 du Code de la santé publique) ou d'une *autorisation d'exercice.*

3. La formation initiale

Les études d'orthophonie sont régies par des décrets et des arrêtés, spécifiant la durée et le programme des enseignements, le régime des examens, l'importance des stages et le contrôle des aptitudes psychophysiques. (Décrets du 10 novembre 1966 et du 14 décembre 1972 et du 30 août 2013, Arrêtés du 20 octobre 1969, du 16 septembre 1977 et du 16 mai 1986, du 25 avril 97).

Depuis 1988, le nombre d'étudiants admis à entrer en première année d'orthophonie est fixé, chaque année, par un arrêté ministériel.

Depuis la parution de l'arrêté du 30 août 2013, les études se déroulent en 5 ans : le Certificat de Capacité Orthophoniste (CCO) est délivré au grade Master.

4. L'exercice illégal

Article L4341-2 du Code de la santé publique : *Sous réserve des dispositions de l'article L. 4061-1, un orthophoniste ne peut exercer sa profession que si ses diplômes, certificats, titres ou autorisation ont été enregistrés conformément au premier alinéa.*

L'existence d'un statut légal permet de préciser les attributions protégées de la profession. De ce fait sont considérées comme exerçant illégalement la profession d'orthophoniste, les personnes qui :

- ne remplissent pas les conditions légales (ex : remplacement par un étudiant),
- ne sont pas enregistrées officiellement,
- sont frappées de suspension ou d'interdiction d'exercer,
- étant également auxiliaires médicaux, empiètent sur les attributions des orthophonistes.

Le système de santé français

Le système de santé français occupe une place particulière dans l'histoire de notre pays et tout particulièrement dans le domaine social. Il est construit sur des principes forts, ceux de la démocratie sanitaire et de la protection sociale généralisée, notamment.

La création de la "sécurité sociale" en 1945 assure, selon un principe de solidarité basé sur une adhésion obligatoire proportionnelle, une protection contre les risques "maladie - maternité - invalidité et décès", contre les maladies professionnelles et les accidents du travail et permet de percevoir des prestations dans le cadre de la famille et de la retraite.

Ce système présente une organisation complexe qui s'appuie sur 3 grands secteurs : le sanitaire, le médico-social et l'ambulatoire (soins dits "de ville").

Il reste basé sur un principe "socle" qui en marque l'identité : "la liberté de choix du patient".

Notre système de santé a été marqué par de nombreuses évolutions et réformes :

- les années 60 verront progressivement la séparation financière des "risques", la CNAM-TS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés), la CNAV-TS (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés) et la CNAF (Caisse Nationale des Allocations Familiales) ;
- les années 90 seront marquées par la création de la CSG (Contribution Sociale Généralisée) prélevée sur les revenus du capital et du travail et par une série d'ordonnances qui auront pour objectif premier la maîtrise financière du système (CRDS, ONDAM...) ;
- la CMU (Couverture Maladie Universelle) marquera la fin de cette période et évoluera en 2016 vers la PUMA (Protection Universelle MALadie).

L'année 2016 signera l'entrée en vigueur de la loi n° 2016-14 du 26 janvier 2016 dite loi de modernisation de notre système de santé. Elle s'inscrit dans le prolongement de la loi HPST du 21 juillet 2009 en renforçant le rôle des ARS et en instituant des modèles nouveaux d'organisation des soins.

Depuis lors, ces évolutions systémiques sont déclinées dans les Stratégies Nationales de Santé qui ont pour ambition de mieux adapter les politiques publiques aux grands défis démographiques, épidémiologiques et sociétaux.

Les professionnels de santé, acteurs principaux de ce système en mutation, militent au sein de différentes instances et organisation monoprofessionnelles ou interprofessionnelles pour faire valoir leur place, leurs idées et leurs actions dans de système.

Le **système de santé français** répartit sa politique de santé sur 4 niveaux :

1. Le niveau national

L'État et le ministère des solidarités et de la santé (solidarites-sante.gouv.fr) qui prendra en charge une large part du pilotage des politiques publiques dans les domaines de la solidarité, de la cohésion sociale, de la santé publique et de l'organisation du système de santé.

Ce pilotage est formalisé dans la Stratégie Nationale de Santé (SNS - la SNS 2018-2022 a été adoptée par le gouvernement fin décembre 2017).

Sur le plan législatif, une grande partie du cadre juridique de ces politiques se définit dans la Loi de modernisation du système de santé promulguée en janvier 2016.

Ce ministère s'organise en plusieurs directions générales :

- la Direction Générale de la Santé,
- la Direction Générale de l'Offre de Soins,
- la Direction Générale de la Cohésion Sociale (en lien avec le Premier ministre et le ministre de la transition écologique et solidaire),
- la Direction de la Sécurité Sociale (en lien avec le ministre de l'action et des comptes publics),
- la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (en lien avec le ministre de l'action et des comptes publics et le ministre du travail),
- la Direction Générale de la Prévention des Risques (en lien le ministre de la transition écologique et solidaire),
- l'Inspection Générale des Affaires Sociales (en lien avec le ministre du travail),
- le Secrétariat Général des ministères chargés des affaires sociales (en lien avec le ministre du travail).

Le ministère et l'état s'appuient sur de nombreuses agences nationales (Agence Nationale de Santé Publique, Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale, Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et des Services sociaux et Médicaux, Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux...) et sur divers instituts, autorité publique indépendante (comme la Haute Autorité de Santé) ou organisme public (comme l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale).

On notera que, chaque année, le parlement vote la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) qui définit l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

2. Le niveau régional : une nouvelle organisation régionale du système de santé

Depuis la promulgation de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), le 21 juillet 2009, avec la création et la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS), l'organisation territoriale est en constante mutation sous l'effet des orientations et les lois successives (Stratégie Nationale de Santé et Loi pour la modernisation du système de santé), allant vers une architecture qui se précise peu à peu et qui associe un axe d'élaboration de la politique de santé régionale (PRS) et une nouvelle organisation des acteurs du sanitaire et du social sur le territoire régional.

Cette nouvelle organisation territoriale qui se met en place progressivement et qui est issue des grandes orientations de la politique nationale en matière de santé, promeut notamment la coordination entre les professionnels de santé et d'une manière générale entre le sanitaire et le social, mais également l'exercice regroupé selon différentes formes entre les professionnels de santé.

La FNO représente et accompagne les orthophonistes dans chaque région pour bien comprendre les enjeux de ces nouvelles modalités d'exercice et pour défendre leur place et leur rôle d'acteur de soins de premier recours dans ces nouveaux modèles d'organisation.

Les Agences Régionales de Santé (ARS) (art. L1432-1 du code de la santé publique - modifié par la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 158 (V)).

Les agences régionales de santé sont des établissements publics de l'État à caractère administratif. Elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.

Les agences régionales de santé sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général.

Après de chaque agence régionale de santé sont constituées :

1° Une **conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)**, chargée de participer par ses avis à la définition des objectifs et des actions de l'agence dans ses domaines de compétences ;

2° Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Ces commissions, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, sont compétentes pour coordonner les actions déterminées et conduites par leurs membres, respectivement :

- dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ;
- dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

L'agence régionale de santé veille à ce que la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé soit prise en compte au sein de ces commissions, lesquelles rendent compte d'actions précises de lutte contre ces inégalités, notamment à l'égard des personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale, dans le cadre du programme mentionné au 3° de l'article L. 1434-2 du présent code.

Les agences régionales de santé mettent en place des délégations départementales.

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)

(créée par la loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009)

La CRSA est définie comme un lieu d'expression et de propositions ouvert à tous les acteurs de la Santé. C'est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges qui concourt à la politique régionale de santé.

Divers collèges la composent au sein desquels sont représentés les collectivités territoriales, les usagers et les associations œuvrant dans le périmètre de compétences de l'ARS, les conférences de territoire, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale.

La mission fondamentale de la CRSA est d'aider l'Agence Régionale de la Santé (ARS) à prendre les décisions les plus pertinentes en ce qui concerne la définition et l'évaluation des objectifs régionaux de santé publique, mais aussi des soins en ville et à l'hôpital et au champ médico-social. Elle émet un avis sur le Plan Régional de Santé et elle organise l'expression des représentants des usagers du système de santé.

La CRSA a pour mission

- d'émettre un avis sur le Projet Régional de Santé (PRS),
- d'organiser des débats publics sur les questions de santé de son choix,
- d'établir un rapport annuel sur son activité

AU SEIN DE LA CRSA : DES COMMISSIONS

Dans ces commissions des représentants des professionnels de santé libéraux membres des Union Régionales des Professions de Santé y siègent soit titulaires soit suppléants. Dans de nombreuses régions les orthophonistes sont représentés.



Les URPS orthophonistes "Fiche d'identité"

Association de type loi 1901 – créée par décret 2010-585 du 2 juin 2010

Financement : contribution obligatoire prélevée par l'URSSAF (0,1 % du revenu N-2) dans le courant du mois de mai.

Désignation des membres : faite par le syndicat représentatif (la FNO) pour 5 ans, contrairement aux professions qui comptent plus de 20000 libéraux et procèdent donc à des élections.

Au 1er janvier 2016, la réorganisation territoriale (nouvelles régions administratives françaises) a conduit à la fusion des ARS et de fait des URPS Orthophonistes de nos anciennes régions. La déclaration de création est parue au J.O. le 27 février 2016.

La nomination de membres des URPS : JORF du 29 décembre 2015/publication de "***l'Arrêté du 21 décembre 2015 portant nomination des membres siégeant au sein des unions régionales de santé compétentes pour les orthophonistes.***"

Cette nomination est effective jusqu'en 2020 ; des nominations peuvent être effectuées en cours de mandat si des démissions sont constatées et si de nouvelles désignations ont eu lieu.

La procédure de désignation est définie par la FNO (seule instance reconnue représentative de la profession).

Rôle et mission des URPS

Les URPS ont été définies comme les interlocuteurs de l'ARS et à ce titre (en tenant compte du périmètre de leur mission), elles participent à la démarche de consultation sur le projet régional de santé, à l'analyse de l'offre de soins et à la réflexion sur l'organisation des soins dans les territoires de santé. Les URPS représentent uniquement les professionnels libéraux auprès de l'ARS.

Les URPS sont amenées à organiser :

- des actions interprofessionnelles,
- la coordination des actions inter-URPS,
- le suivi du projet de santé régional et la valorisation de la place des soins orthophoniques dans ce projet.

Le rôle des URPS ne se substitue pas à celui du syndicat professionnel représentatif (la FNO et ses syndicats régionaux). Si certains champs concernant notamment l'offre de soins en Orthophonie et son organisation sur le territoire peuvent être communs, le syndicat professionnel aura en outre des missions spécifiques liées à la représentation, à l'accompagnement et à la défense de chaque professionnel dans un territoire :

- Représentation et défense de tous les orthophonistes dans les différentes instances
- Suivi par les commissions paritaires locales et régionales de la convention nationale des orthophonistes
- Propositions de formations continues et programmes DPC
- Missions d'information et de prévention
- Conseils professionnels et juridiques
- Transmission des informations professionnelles

Quelques notions actualisées concernant la place des acteurs de santé en région et les modalités d'exercice regroupé dans la nouvelle organisation des soins.

Les soins de premier recours

La notion de premier recours est associée à la prise en charge continue des malades dans le respect des exigences de proximité (distance et temps de parcours), de qualité et de sécurité ; ces soins sont organisés par l'ARS conformément au schéma régional de santé.

Ces soins comprennent :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients,
- la dispensation et l'administration de médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique,
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
- l'éducation à la santé.

Les professionnels de santé ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

L'équipe de soins primaires

L'équipe de soins primaires (ESP) : Article L1411-11-1 créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 64 consolidé le 25 novembre 2017.

Une équipe de soins primaires est constituée par un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent.

Elle doit fédérer plusieurs professionnels de santé (dont au moins un médecin généraliste) et l'initiative de sa création peut revenir à tout professionnel de santé.

L'ESP est constituée selon un mode souple de création (sans statut juridique particulier) autour d'un projet de coordination (ce projet peut faire l'objet d'une contractualisation avec l'ARS).

L'ESP peut constituer la première étape à la création d'un centre de santé ou d'une maison de santé.

L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Les modes de financement ne sont pas définis à ce jour pour les ESP qui ne sont pas constituées en Centre de santé ou en MSP.

La Maison de Santé Pluriprofessionnelle : MSP

(Article L6323-3 Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 118)

La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L.

1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire est une maison de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

Le projet de santé de la MSP doit être compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.

Ce projet peut être structuré autour d'actions de santé publique, de prévention, d'éducation à la santé essentiellement.

La structure juridique d'une MSP est celle d'une Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA), qui permet en fonction des modalités de contractualisation avec les ARS et du respect des critères d'éligibilité, de recevoir des financements spécifiques correspondants à l'activité de la structure et aux modes de rémunération définis dans l'*Accord Conventionnel Interprofessionnel*.

L'exercice regroupé

L'exercice regroupé, un choix qui doit être « éclairé » et se faire en toute connaissance des spécificités de ce mode d'exercice :

- se renseigner sur les contrats (le syndicat professionnel de votre région d'exercice ou le service juridique de la FNO peut vous aider) ;
- travailler en équipe pluriprofessionnelle en respectant quelques principes :
 - le respect du libre choix du patient,
 - l'absence de lien de hiérarchie dans la structure, ne correspondant pas au cadre légal régissant l'exercice de la profession d'orthophoniste,
 - la liberté de fonctionnement et de gestion des demandes (selon les règles propres à l'exercice conventionné),
 - un principe de « rémunération égale à missions égales » au sein de l'équipe en fonction du projet de santé de la structure,
 - être associé à la juste place en matière de protocoles, Éducation Thérapeutique du Patient (ETP), prévention,
 - le principe de proportionnalité dans la participation aux financements liés à l'utilisation de logiciel partagé ou de messagerie sécurisée...

La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé : CPTS.

La CPTS est une structure juridique de regroupement de professionnels de santé du premier et du deuxième recours sur un territoire ; elle est inscrite dans la loi de santé Art L.1434-12.

Elle apparaît dans un rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (du 24 mai 2018) comme la nouvelle "unité" interlocutrice de l'ARS dans le maillage territorial de santé.

La CPTS dans sa définition est impulsée essentiellement par les professionnels de santé de ville et s'inscrit dans une approche populationnelle (assez différente de l'approche centrée sur une patientèle comme celles portée par les professionnels de ville ou les ESP). Elle a vocation à associer les acteurs du second recours, du sanitaire, du social et du médico-social désireux de s'organiser pour travailler ensemble au sein d'un territoire donné. Le projet de CPTS donne lieu à la formalisation d'un projet de santé élaboré par les acteurs (de type Contrat Territorial de Santé).

La CPTS est présentée par le gouvernement comme l'unité de référence dans la réforme du système de santé, en particulier pour l'organisation des soins ambulatoires. Il reste de nombreux points à éclaircir concernant leur mise en œuvre, tant sur le plan de la structure que du financement.

La Plateforme Territoriale d'Appui : PTA LMSS (art. 74)

Les Plateformes territoriales d'appui ont été mises en place par les ARS.

Elles s'appuient sur les initiatives des professionnels, en particulier celles des professionnels de santé de ville et des communautés professionnelles territoriales de santé visant au maintien à domicile ou dans certaines régions sur les dispositifs existants.

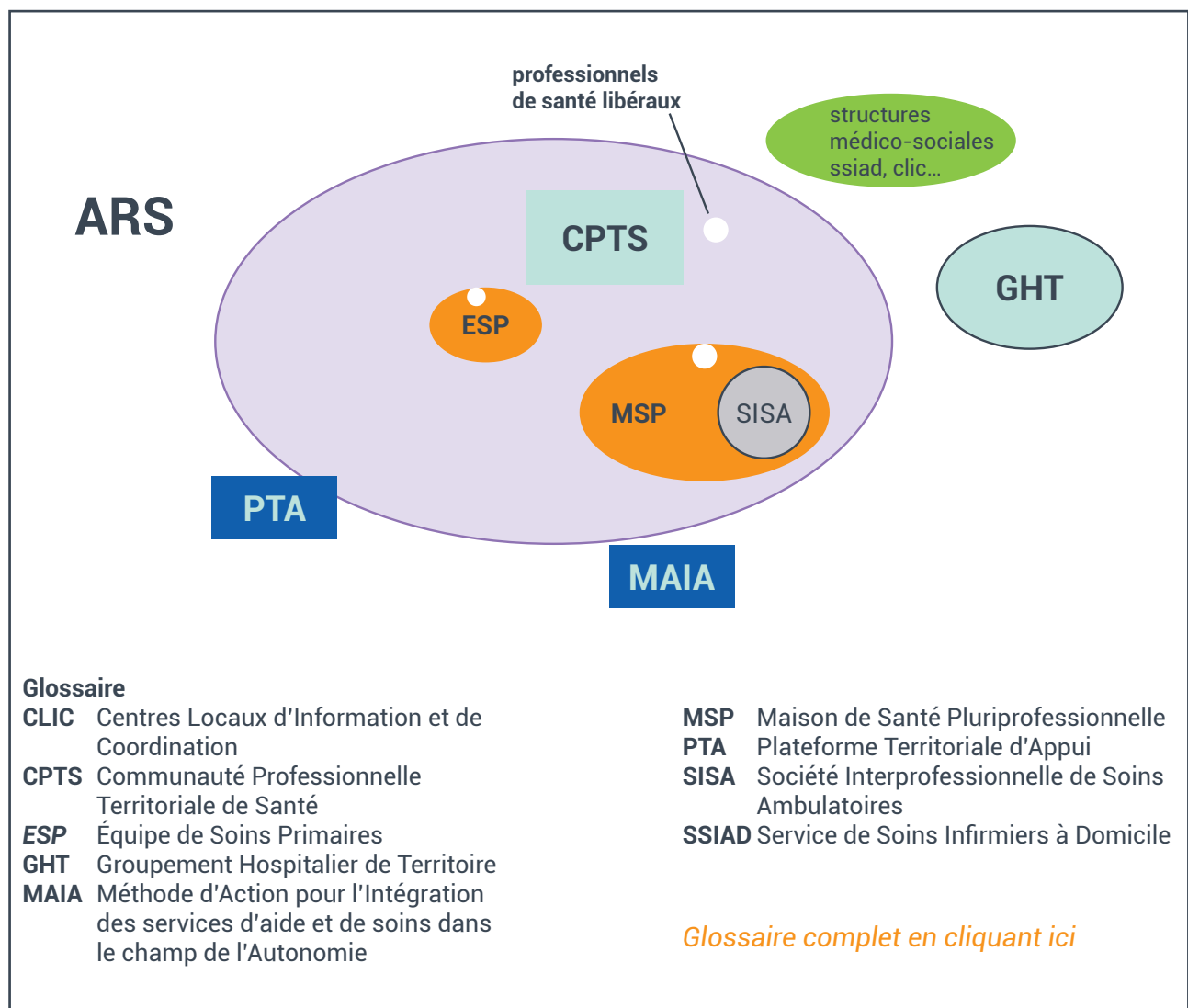
L'objectif premier reste celui de proposer un « accès unique » aux professionnels de santé et de s'appuyer sur le développement du numérique (cf les Territoires de Soins Numériques) pour la ville, les établissements de santé et l'aide à l'organisation territoriale des soins afin de favoriser des parcours de santé pertinents et le maintien à domicile.

La Méthode d'Action pour l'intégration des Services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie. (MAIA)

Cette « méthode » résulte de l'évolution d'un dispositif. Elle associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants.

Innovation : intégration des services d'aide et de soins qui conduit tous les acteurs à co-construire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs et, in fine, partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite.

Un schéma régional d'organisation des soins qui met en jeu de nombreux acteurs et des niveaux multiples de coordination.



3. Le niveau départemental

Le conseil territorial de santé : la loi de modernisation de notre système de santé (art. 158) prévoit que le directeur général de l'agence régionale de santé constitue un conseil territorial de santé sur chacun des territoires de démocratie sanitaire constitués à l'échelle infrarégionale, de manière à couvrir l'intégralité du territoire de la région. Dans chacun de ces territoires, doit être constitué un conseil territorial de santé, lequel a vocation à remplacer la conférence de territoire. Son rôle est renforcé, il est à la fois le lieu et l'instance qui garantit un exercice plein de la démocratie sanitaire en proximité et celui qui garantit la mise en cohérence des initiatives et actions des partenaires dans le domaine de la santé et leur bonne articulation.

Les délégations territoriales représentent l'ARS dans chaque département et sont localisées dans les chefs lieux.

Elles remplissent des missions de proximité de l'agence et accompagnent les acteurs locaux dans la mise en œuvre des projets de santé publique.

4. Le niveau local

Les conseils municipaux ou conseils communaux peuvent décliner selon leurs prérogatives de nombreuses actions de santé publique.

Au sujet de la coordination interprofessionnelle

L'ACIP*

Le premier accord-cadre interprofessionnel, signé le 15 mai 2012 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'Union nationale des professions de santé, est paru au Journal officiel du 1er mars 2013.

Cet accord-cadre est applicable aux professions de santé suivantes : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, biologiste responsable, pharmacien d'officine, transporteur sanitaire, infirmière, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue et audioprothésiste.

Conclu pour une durée de cinq ans, il fixe des principes généraux applicables à l'ensemble des professions de santé concernées. Ces principes seront déclinés dans le cadre des conventions nationales propres à chaque profession.

Cet accord porte notamment sur :

- ◆ La délivrance et la coordination des soins
Il prévoit la mise en place d'expérimentations visant à optimiser le parcours de soins des patients en sortie d'hospitalisation ou à domicile, notamment pour les patients en perte d'autonomie, atteints de pathologies chroniques ou de polyopathologies.
- ◆ La simplification administrative
- ◆ Les avantages sociaux
Il prévoit la participation de l'Assurance Maladie aux cotisations sociales dues par les professionnels de santé au titre d'activités non salariées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des professionnels

L'ACI*

L'Accord Conventionnel Interprofessionnel a été signé le 20 avril 2017 par l'UNCAM et les représentants d'organisations représentatives des médecins libéraux, infirmiers, pharmaciens, sages-femmes, biologistes, orthoptistes, pédicures-podologues, centres de santé et fournisseurs d'appareillage.

Cet accord peut être qualifié d'accord technique dédié spécifiquement à la rémunération de l'exercice coordonné pluriprofessionnel (structures pluriprofessionnelles) sous certaines conditions.

Il se substitue au règlement arbitral de 2015 et s'inscrit dans sa continuité : le principe d'une rémunération conventionnelle, basée sur l'atteinte d'indicateurs, demeure. Certains indicateurs ont évolué pour mieux prendre en compte l'organisation, les coûts d'équipement, et la relation avec les patients.

Différents niveaux d'indicateurs ont été définis :

- des indicateurs "prérequis socles" dont l'atteinte est obligatoire pour déclencher une rémunération ;
- des indicateurs "socles" ;
- des indicateurs "optionnels", dont l'atteinte est facultative.

En fonction du niveau d'atteinte des indicateurs et des pièces justificatives fournies, des points sont attribués et valorisés : 1 point = 7 €. Le total des points valorisés constitue la rémunération. Les modalités d'organisation et de financement de la coordination interprofessionnelle occupent aujourd'hui une place centrale dans l'évolution des pratiques des professionnels de santé. Elles sont symboliques de la place et de la reconnaissance des missions revendiquées par les acteurs du soin. Dans cet esprit un nouvel ACIP (accord cadre général) est en cours de négociation.

*Source Ameli.fr

5. Une institution particulière : la Sécurité sociale

Depuis 1974, les orthophonistes peuvent exercer en libéral dans le cadre de la convention nationale avec les caisses d'assurance maladie. Ce fut une avancée considérable qui permettait à la fois aux orthophonistes une reconnaissance supplémentaire de leur statut de professionnel de santé et aux patients un accès aux soins facilité.

La « Sécu » de 1945 pensée par le Conseil Nationale de la Résistance (CNR) s'est construite selon le principe de solidarité universelle.

Les objectifs généraux de la Sécurité sociale

Selon l'article 1^{er} du Code de la Sécurité sociale, elle garantit les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain. Elle couvre également les charges de maternité et les charges de famille.

Il s'agit donc essentiellement d'assurer la protection des individus devant les conséquences financières de certains risques (maladie, accident) ou de certaines situations (vieillesse, charges de famille).

L'organisation de la Sécurité sociale est basée sur l'affiliation à un régime obligatoire. Elle est fondée sur le principe de la solidarité.

En 1967, la Sécurité Sociale a été séparée en branches autonomes :

- la branche maladie qui couvre la maladie, la maternité, le décès et l'invalidité. Elle est gérée par la CNAM-TS.
- la branche accident du travail/maladie professionnelle : elle est également gérée par la CNAM-TS.
- la branche retraite est gérée la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV).
- la branche famille est gérée par la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) : les prestations familiales sont gérées au niveau local par les CAF (caisses d'allocation familiales). Il s'agit d'aide au logement, d'allocations familiales, du revenu de solidarité active.
- la branche recouvrement est gérée par l'ACOSS (Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale). Elle assure la gestion de la trésorerie de la sécurité sociale et coordonne l'action des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) qui, au niveau local, assurent l'encaissement des cotisations et des contributions.

Dans les départements d'outre-mer (La Réunion, la Guyane, la Martinique, la Guadeloupe), les Caisses Générales de sécurité Sociale (CGSS) assurent l'ensemble des rôles de la Sécurité sociale (maladie, vieillesse, recouvrement).

Les différents régimes d'assurance maladie

Depuis 2004, l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) regroupe 3 régimes :

- le régime général : la CNAM-TS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie pour les Travailleurs Salariés),
- le régime agricole : la MSA (Mutualité sociale agricole : pour les agriculteurs essentiellement),
- le régime social des indépendants : RSI (pour les artisans, les commerçants, les industriels et les professions libérales...). Ce dernier régime vise à disparaître et est progressivement intégré à la CNAM.

La CNAM a des antennes départementales : les CPAM (Caisses Primaires d'Assurance Maladie) et des antennes régionales (CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie).

Il existe d'autres régimes d'assurance maladie dits régimes spéciaux qui assurent les salariés de certaines filières professionnelles. Ces caisses sont regroupées sous l'UNRS (Union nationale des régimes spéciaux) :

- la CPRP-SNCF pour la SNCF,
- la CNMSS pour les militaires,
- la RATP...

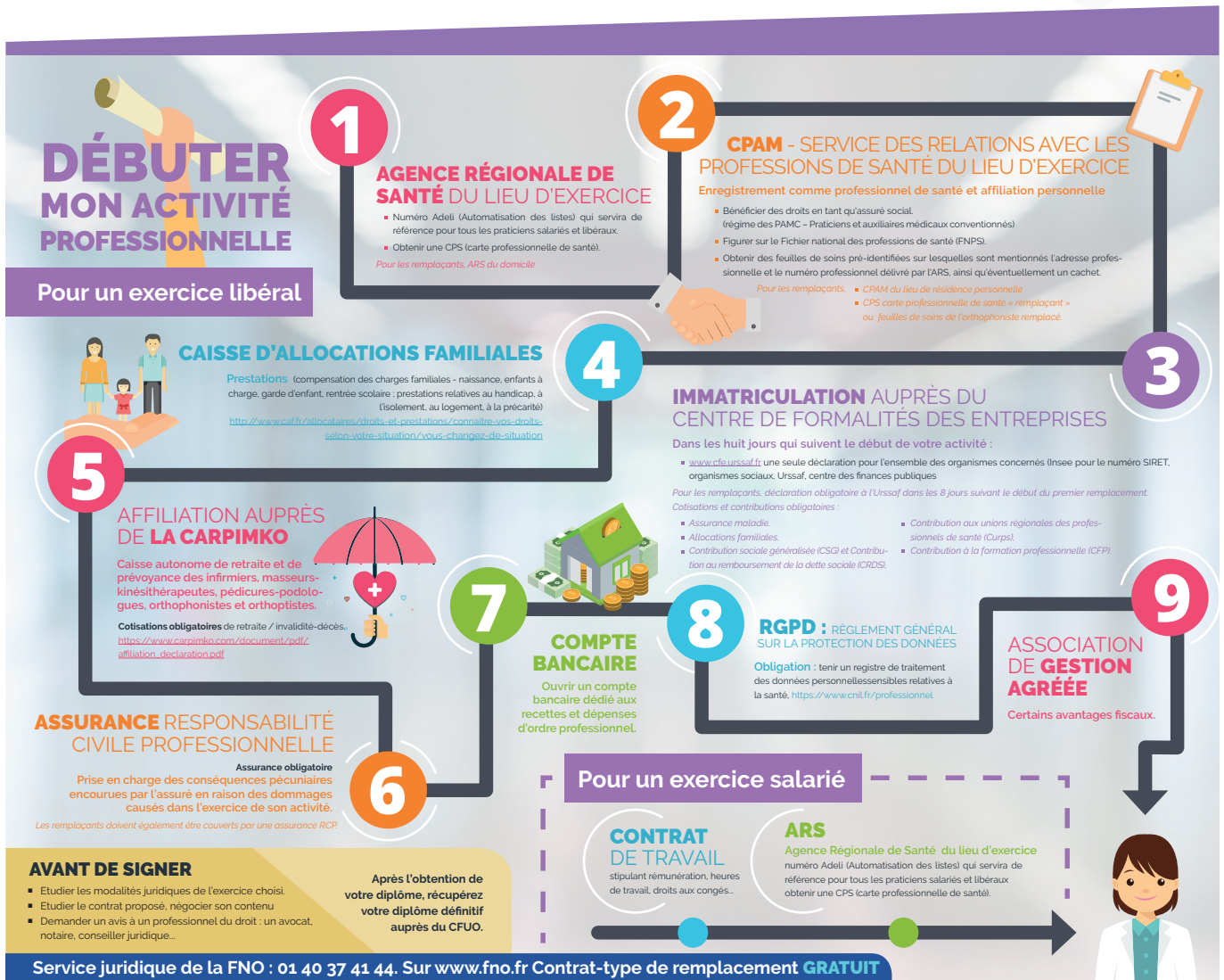
Leur taux de remboursement de la part obligatoire n'est pas forcément identique à celui des caisses de l'UNCAM.

Les orthophonistes exerçant en libéral sont affiliés à titre personnel au régime général (CPAM) : la cotisation est minorée ; c'est un avantage prévu dans la convention.

En savoir plus sur le conventionnement et l'exercice libéral.

L'exercice professionnel

1. L'accès à la vie professionnelle



Plus d'informations ici.

Encadrement des stagiaires

Les orthophonistes peuvent répondre favorablement pour être maître de stages dans le cadre de :

- la formation initiale des étudiants des 20 centres de formation universitaire en orthophonie,
- la procédure de reconnaissance des diplômes d'orthophonistes-logopèdes délivrés par les pays membres de l'Union européenne,
- la formation initiale des étudiants des centres de formation en orthophonie/logopédie hors Union européenne.

En ce qui concerne les étudiants en médecine ou autre formation de professionnel de santé le code de la santé publique prévoit qu'ils sont soumis au respect du secret professionnel. Deux cas de figure se présentent alors selon que le stage est effectué en salariat ou en libéral.

En salariat, les établissements hospitaliers ont une mission d'accueil pour l'enseignement et à ce titre reçoivent des stagiaires de différentes formations de professionnels de santé. Dans ces établissements, le code de la santé publique prévoit également que le secret est partagé entre les différents professionnels y exerçant et que chacun est tenu à son respect. Dans d'autres établissements, du secteur médico-social par exemple, cette mission d'accueil de stagiaires existe très souvent. Les salariés, à la demande de l'employeur ou du chef de service pourront donc être amenés à accueillir des stagiaires d'autres professions de santé. En libéral, deux conditions devront être réunies pour pouvoir les accueillir, que le contenu de leurs études organise ce type de stage et qu'une convention définissant les responsabilités de chacun et les modalités de stage soit signée entre l'établissement formateur et le maître de stage.

Pour devenir maître de stage :

- en formation initiale : il faut postuler auprès de la commission d'agrément du centre (ou des centres) de formation en orthophonie dont vous acceptez de recevoir les étudiants en stage,
- pour les autorisations d'exercice : il faut demander un agrément auprès de l'Agence Régionale de Santé.

Plus de précisions en cliquant ici.

2. Les aspects réglementaires : urgence, télé-orthophonie, prescription de dispositifs médicaux

Urgence

La prise en charge de l'urgence fait partie des modalités d'intervention en orthophonie.

La *définition* de l'orthophonie inscrite dans le code de la Santé publique et le *cadre conventionnel* le confirment.

Code de la santé publique : *en cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, l'orthophoniste est habilité à accomplir les soins nécessaires en orthophonie en dehors d'une prescription médicale. Un compte rendu du bilan et des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention.*

Avenant 16 à la convention nationale - Article 25 : *Conformément à l'article L. 4341-1 du code de la santé publique, en cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, l'orthophoniste est désormais habilité à accomplir les soins nécessaires en orthophonie en dehors d'une prescription médicale.*

Dans le cadre de l'urgence sans prescription médicale : en l'absence du médecin, l'intervention débute, elle fera ensuite l'objet d'une régularisation de prescription.

Les partenaires conventionnels s'engagent à prendre en compte les résultats des travaux ministériels en cours pour définir le cadre de cette intervention.

Dans le cadre d'une urgence avec prescription médicale qui ne la mentionne pas, l'orthophoniste peut la définir en la cochant sur la DAP.

Téléorthophonie

Définition : intervention de l'orthophoniste à distance.

Article 6 de la Convention - *Intervention de l'orthophoniste à distance*

« Au regard de l'émergence des nouvelles technologies et pour favoriser l'accès aux soins de la population, les partenaires conventionnels initieront une réflexion sur la possibilité pour l'orthophoniste d'intervenir à distance auprès des patients via la télé-orthophonie. Des expérimentations pourront être envisagées dans ce cadre. »

Les partenaires conventionnels ont acté, dans le cadre de l'avenant 16, la mise en place d'un groupe de travail afin de réfléchir sur la possibilité pour l'orthophoniste d'intervenir à distance auprès des patients via la télé-orthophonie.

Des expérimentations pourront être envisagées à ce titre.

Les interventions à distance pourraient permettre de favoriser l'accès aux soins en orthophonie des patients situés notamment en zones fragiles.

Aucune consultation à distance n'est actuellement possible sur le plan réglementaire.

Prescription et des dispositifs médicaux

La FNO a obtenu la parution le 14 mars du décret relatif à la prescription des dispositifs médicaux par les orthophonistes, suivi le 30 mars par un arrêté listant les dispositifs éligibles au remboursement par l'assurance maladie.

La prescription des dispositifs médicaux est inscrite dans la nouvelle *définition de l'orthophonie* et concerne les patients atteints de pathologies de la sphère oro-rhino-laryngée et porteurs d'un implant cochléaire.

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé : *sauf indication contraire du médecin, il peut prescrire ou renouveler la prescription de certains dispositifs médicaux dont la liste est limitativement fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de l'Académie nationale de médecine.*

Les règles générales de prescription

Il vous appartient de veiller à ce que votre prescription se conforme aux conditions spécifiques de prise en charge qui peuvent être prévues pour certains dispositifs médicaux à la liste des produits et prestations (LPP).

Les particularités de la prescription

Vous ne pouvez prescrire que les dispositifs médicaux figurant sur cette liste et précisés ci-dessous, sous réserve de respecter certaines conditions

Deux cas de prescription sont à distinguer

a-Première prescription de dispositifs médicaux

Lors des soins orthophoniques reçus par un patient, vous êtes autorisés, sauf indication contraire du médecin, à prescrire à ce patient les dispositifs médicaux suivants :

- ◆ accessoires pour prothèse respiratoire : protecteur de douche, calibre et support de trachéostome, adaptateur de canule ;
- ◆ accessoires pour valve automatique « mains libres » : adaptateur, kit de réglage, kit de nettoyage ;
- ◆ accessoires pour implants cochléaires.

b-Renouvellement d'une prescription médicale de dispositifs médicaux

Lors des soins orthophoniques reçus par un patient, vous êtes autorisé, sauf indication contraire du médecin, à renouveler pour ce patient une prescription médicale d'un des dispositifs médicaux suivants :

- ◆ canule trachéale ;
- ◆ dispositif pour prothèse respiratoire : boîtier standard, boîtier obturateur, embase, piège à sécrétions, filtres et adhésifs ;
- ◆ dispositif à usage unique pour prothèse respiratoire : cassettes, supports de cassette autoadhésifs ;
- ◆ valve pour phonation « mains libres » pour prothèse respiratoire.

La durée de la prescription

La prescription de dispositifs médicaux ne peut être établie pour une durée supérieure à 12 mois. Au-delà de cette durée, une nouvelle prescription sera nécessaire.

Dans le cas particulier des prescriptions exigeant un renouvellement, vous indiquez sur votre prescription :

- soit sa durée totale couvrant la 1^{ère} délivrance pour un mois de traitement et ses renouvellements,
- soit le nombre de renouvellements par périodes d'un mois, dans la limite de 12 mois.

Cette disposition n'est pas applicable aux dispositifs médicaux pour lesquels vous estimez qu'une durée de traitement ou d'utilisation ne peut être prédéterminée. Vous en faites alors mention sur l'ordonnance.

La prescription n'est possible que pendant la période de prise en charge du patient

Modalités de rédaction des ordonnances

Vous devez indiquer lisiblement sur votre prescription de dispositifs médicaux :

- votre identification complète : nom, qualification, numéro d'identification ;
- les nom et prénom du patient ;
- la date de rédaction de l'ordonnance ;
- la dénomination du dispositif médical et, le cas échéant, la quantité prescrite et les conditions particulières d'utilisation ;
- le cas échéant, l'âge et le poids du bénéficiaire des soins ;
- votre signature.

Le support de la prescription

Vous devez rédiger votre prescription sur une ordonnance établie en double exemplaire.

L'original est destiné au patient et le duplicata à sa caisse d'Assurance Maladie. L'ordonnance peut être manuscrite ou informatisée.

Plus d'informations ici.

L'exercice libéral

1. Le régime conventionnel



1974
Première convention nationale
signée avec l'Assurance maladie



Un socle conventionnel national

garant de l'équité et de la qualité de traitement sur l'ensemble du territoire pour les patients et pour les professionnels de santé

- ✓ La garantie pour tout orthophoniste de pouvoir exercer dans le cadre conventionnel national
- ✓ Le libre accès aux soins pour les patients
- ✓ Le maintien du remboursement des soins et notamment en orthophonie par l'assurance maladie obligatoire financé selon un principe de solidarité nationale

1996 Signature de la convention actuelle

Avenant 1 — 1998
AMO à 14,40 francs

Avenant 2 — 2000
Premières aides à la télétransmission

Avenant 3 — 2002
Revalorisation de l'AMO à 2,35 puis 2,37€ Bilan orthophonique défini comme outil de coordination

Avenant 4 — 2003
Architecture rédactionnelle du compte rendu de bilan orthophonique

Avenant 8 — 2006
Participation de l'Assurance Maladie aux cotisations sociales

Avenant 9 — 2006
Revalorisation de certains actes

Avenant 11 — 2007
Revalorisation de l'AMO à 2,40€

Avenant 12 — 2011
Avantage Complémentaire Vieillesse

Avenant 13 — 2012
Premiers contrats incitatifs à la démographie
Revalorisation de l'AMO à 2,50€ - Dépistage précoce des troubles du langage oral

Avenant 14 — 2013
SCOR

Avenant 16 — 2017

Revalorisation d'actes dont le bilan orthophonique - Évolution des libellés de la NGAP - Augmentation et évolution majeure des contrats incitatifs à la démographie - Rémunération valorisée dans le cadre de l'urgence, du handicap et de la prise en charge très précoce.

Plus d'informations ici.

Il est important de rappeler que la quasi totalité des orthophonistes exerçant en libéral en France sont conventionnés avec l'Assurance maladie.

La convention est conclue entre :

- d'une part le directeur de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM),
- d'autre part, la ou les organisations syndicales représentatives de la profession.

Tout accord conventionnel doit être soumis à l'approbation du Gouvernement. Il est réputé approuvé si les ministres n'ont pas fait connaître leur opposition aux signataires, dans un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte.

Selon les termes de la loi de 1971, la convention déterminait initialement les obligations des caisses et celles des praticiens, ainsi que les tarifs des honoraires. Son contenu a largement évolué depuis et la loi du 13 août 2004 renforce encore l'aspect contractuel entre professionnels et assurance maladie. Désormais, l'assurance maladie s'implique largement dans l'organisation qualitative des soins.

Quelques dates clés pour le conventionnement avec l'Assurance maladie :

- ◆ 1974 : la première convention nationale des orthophonistes est signée avec l'assurance maladie par la Fédération nationale des orthophonistes (FNO) ;
- ◆ 31 octobre 1996 : signature d'un nouveau texte conventionnel, qui est encore celui qui régit l'exercice conventionné de notre profession et qui vient d'être modifié et amélioré dans sa quasi totalité par l'avenant 16 signé le 18 juillet 2017 et publié au JO le 26 octobre 2017.

La convention nationale aura fait l'objet, en 21 ans, de 16 avenants successifs afin d'accompagner l'évolution de l'exercice de notre profession. Cette dynamique des « négociations conventionnelles » est une nécessité pour la profession.

Les principes du conventionnement sont rappelés dans le préambule de la convention nationale :

Afin de préserver le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie auquel elles sont attachées, les parties signataires entendent contribuer, chacune pour leur part, à la qualité des soins et au bon usage des ressources qui lui sont consacrées par la collectivité.

Elles réaffirment également leur engagement en faveur du maintien de l'exercice libéral de l'orthophonie et du respect du libre choix de l'orthophoniste par le patient.

Les partenaires conventionnels s'accordent sur l'importance de garantir à tous les assurés sur l'ensemble du territoire l'accès aux soins d'orthophonie en améliorant la répartition de l'offre de soins. À ce titre, ils conviennent de renforcer les mesures démographiques mises en place pour favoriser l'exercice des orthophonistes dans les zones déficitaires.

L'amélioration de l'état de santé de la population passe également par une politique volontariste axée sur des actions au profit des publics les plus fragiles. Les partenaires conventionnels conviennent ainsi de la nécessité de valoriser l'investissement des orthophonistes dans la prévention et le dépistage auprès des enfants, dans le suivi du handicap ou encore dans la surveillance des patients en sortie d'hospitalisation. Les partenaires conventionnels souhaitent également valoriser l'activité de bilan, dont le diagnostic orthophonique, et de rééducation afin de tenir compte de l'évolution des pathologies et de leur prise en charge, nécessitant un suivi particulier et des actes de technicité graduelle.

Pour répondre également aux attentes des patients pour un accès aux soins de qualité et d'une prise en charge en ambulatoire, l'assurance maladie et les représentants des orthophonistes libéraux conviennent de la nécessité de poursuivre dans la convention l'accompagnement des évolutions de la profession, le soutien aux pratiques de coopération efficaces et de conforter la place de l'orthophoniste dans la prise en charge coordonnée du patient avec les autres professionnels de santé.

Dans ce cadre, ils souhaitent favoriser les outils, les systèmes d'information et les conditions de travail permettant aux orthophonistes libéraux d'échanger avec les autres acteurs du système de santé pour assurer de manière efficace la prise en charge coordonnée de leurs patients.

Le présent accord s'attache enfin à actualiser les conditions d'exercice des orthophonistes libéraux, simplifier les processus et les échanges entre ces professionnels et l'assurance maladie. Ce cadre négocié est un levier important d'accompagnement et de soutien, dans la durée, à la transformation des organisations et des pratiques.

Les dispositions du présent texte trouveront leur adaptation au fur et à mesure de l'évolution des textes régissant l'exercice professionnel.

La signature de la convention nationale par les orthophonistes libéraux permet :

- de garantir aux patients le remboursement des soins sur la base des tarifs conventionnels
- de garantir le libre choix de l'orthophoniste par le patient
- de garantir l'accès aux soins orthophoniques en agissant sur la répartition démographique des professionnels
- de garantir aux orthophonistes un cadre d'exercice
- adhérer au régime des Praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) : l'Assurance maladie prend en charge une partie des cotisations sociales en échange de l'engagement conventionnel.

2. La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)

Créée par l'arrêté du 27 mars 1972, la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) est un texte réglementaire qui établit « la liste, avec leur cotation, des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer les médecins, et dans la limite de leur compétence, les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux » (extrait de l'article 1er de la NGAP). Il est également stipulé, dans ce même article, que les "nomenclatures s'imposent aux praticiens et auxiliaires médicaux pour communiquer avec l'Assurance Maladie, tout en respectant le secret professionnel, et dans l'intérêt du malade". Depuis la loi du 13 août 2004, les actes pris en charge par l'Assurance Maladie doivent être inscrits à la NGAP (art L 162-1-7 du Code de la Sécurité sociale). La NGAP est régulièrement actualisée selon les évolutions : toutes les modifications de la liste des actes et des prestations font l'objet de décisions de l'UNCAM publiées au JO.

Elle comporte une première partie intitulée « dispositions générales » qui concerne toutes les professions de santé et une deuxième partie qui comprend des listes d'actes répartis selon les parties du corps (topologie anatomique). Les actes techniques médicaux sont maintenant décrits dans la CCAM (Classification commune des actes médicaux).

La 1^{ère} partie : les dispositions générales

Cette partie de la NGAP comporte 23 articles qui s'appliquent à toutes les professions de santé citées dans le préambule. Elles détaillent entre autres :

- la liste des lettres-clés,
- la procédure pour qu'un acte soit inscrit et pris en charge par l'Assurance Maladie,
- les modalités de facturation des actes et des frais de déplacement,
- les conditions de dispensation des actes.

Les dispositions générales auxquelles doivent plus particulièrement se référer les orthophonistes sont les suivantes :

Article 2. - Lettres-clés et coefficients : "Tout acte est désigné par une lettre-clé et un coefficient."

1) Lettre-clé

"La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux."

AMO est la lettre-clé utilisée pour les actes pratiqués par l'orthophoniste. Sa valeur monétaire est fixée dans la convention nationale. Elle est actuellement de 2,50 € en métropole et de 2,62 € pour les DOM.

2) Coefficient

"Le coefficient est un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel."

Le coefficient de l'acte est multiplié par la valeur monétaire de la lettre-clé, ce qui donne la valeur monétaire de l'acte. Ainsi, 1 AMO 40 a une valeur de 100 € en métropole et de 104,80 € dans les DOM.

Article 3. - Notation d'un acte

"Le praticien ou l'auxiliaire médical doit indiquer sur la feuille de maladie non pas la nature de l'acte pratiqué, mais simplement sa codification, comportant le numéro de code de l'acte figurant à la Nomenclature."

Article 4. - Remboursement par assimilation

"1° Lorsqu'un malade présente une pathologie inhabituelle justifiant un acte ne figurant pas à la Nomenclature, l'acte exceptionnel peut être assimilé à un acte de même importance porté sur la Nomenclature et, en conséquence, affecté du même coefficient. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'avis favorable du contrôle médical rendu après examen clinique du bénéficiaire par le praticien-conseil et à l'accomplissement des formalités de l'entente préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après. Toutefois, l'absence de réponse de la caisse dans un délai de trois semaines doit être considérée comme un refus tacite de la demande d'assimilation."

2° Lorsqu'un acte ne figure pas à la Nomenclature en raison de l'évolution des techniques médicales, les ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et de l'Agriculture peuvent, sur proposition le cas échéant des caisses nationales d'assurance maladie compétentes, autoriser son remboursement par application d'une cotation provisoire qu'ils déterminent pour une période d'un an renouvelable. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'accomplissement des formalités d'entente préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après. Le délai prévu au paragraphe C dudit article est, dans ce cas, porté à quinze jours, l'expiration de ce délai devant être considérée comme un assentiment à la demande d'assimilation."

Article 5. - Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement

"Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession :

- a) Les actes effectués personnellement par un médecin ;
- b) Les actes effectués personnellement par un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, sous réserve qu'ils soient de leur compétence ;

c) Les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de sa compétence.

Sauf cas expressément prévu par la présente nomenclature, un acte ne peut être noté par le praticien ou auxiliaire médical et donner lieu à remboursement que si, pendant la durée de son exécution, ce praticien ou auxiliaire médical s'est consacré exclusivement au seul malade qui en a été l'objet."

Article 7. - Accord préalable

"La caisse d'Assurance Maladie ne participe aux frais résultant de certains actes que si, après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.

A. Indépendamment des cas visés dans d'autres textes réglementaires, sont soumis à la formalité de l'accord préalable :

- 1. les actes ne figurant pas à la nomenclature et remboursés par assimilation, conformément aux dispositions de l'article 4 ;
- 2. les actes ou traitements pour lesquels cette obligation d'accord préalable est indiquée par une mention particulière ou par la lettre AP.

B. Lorsque l'acte est soumis à cette formalité, le praticien qui dispense cet acte (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, auxiliaire médical) est tenu, préalablement à son exécution, d'adresser au contrôle médical une demande d'accord préalable remplie et signée.

Lorsque l'acte doit être effectué par un auxiliaire médical, la demande d'accord préalable doit être accompagnée de l'ordonnance médicale qui a prescrit l'acte ou de la copie de cette ordonnance.

Les demandes d'accord préalable sont établies sur des imprimés conformes aux modèles arrêtés par le ministre des Affaires Sociales et de la Santé.

C. Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la date de réception de la demande d'accord préalable.

La réponse de la caisse d'Assurance Maladie doit être adressée au malade et en copie au praticien, au plus tard le 15^{ème} jour à compter de la date de réception de la demande par le service du contrôle médical, la caisse ou la mutuelle.

Lorsqu'un accord est exigé, en application du présent article, préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par un organisme de sécurité sociale, le silence gardé pendant plus de quinze jours par cet organisme sur la demande de prise en charge vaut décision d'acceptation.

Faute de réponse dans ce délai, son assentiment est réputé acquis. Dans ce dernier cas, le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner un avis à la caisse d'Assurance Maladie sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.

Lorsque la demande est incomplète, la caisse indique au demandeur les pièces manquantes dont la production est indispensable à l'instruction de la demande. Elle fixe un délai pour la réception de ces pièces.

Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la réception des pièces requises.

Lorsqu'il y a urgence manifeste, le praticien dispense l'acte mais remplit néanmoins la formalité ci-dessus indiquée en portant la mention : « acte d'urgence ». [...]"

Il convient de retenir que les actes orthophoniques soumis à accord préalable sont notés avec la mention AP dans la nomenclature : il s'agit des séances de rééducation. La demande d'accord préalable doit être accompagnée de l'ordonnance ou de sa copie. Elle doit être envoyée au service médical de la caisse d'Assurance maladie dont relève l'assuré. C'est en fonction de la pathologie mise en évidence à l'issue du bilan que l'orthophoniste va établir une demande d'accord préalable. Le libellé sera conforme à celui de la liste d'actes de la NGAP, de même que la cotation.

Article 13. - Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade

"Lorsqu'un acte inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du professionnel de santé sont remboursés, en sus de la valeur de l'acte ; ce remboursement est, selon le cas, forfaitaire ou calculé en fonction de la distance parcourue et de la perte de temps subie par le professionnel de santé.

A) Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du médecin généraliste ou spécialiste qualifié, du chirurgien-dentiste omnipraticien ou spécialiste qualifié, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical sont situés dans la même agglomération, ou lorsque la distance qui les sépare est inférieure à deux kilomètres en plaine ou à un kilomètre en montagne, l'indemnité de déplacement est forfaitaire. [...]"

B) Indemnité horokilométrique (IK)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du professionnel de santé ne sont pas situés dans la même agglomération, et lorsque la distance qui les sépare est supérieure à 2 km en plaine ou 1 km en montagne, les frais de déplacement sont remboursés sur la base d'une indemnité horokilométrique dont la valeur unitaire est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2. [...]

L'indemnité horokilométrique s'ajoute à la valeur de l'acte [...]. Pour les actes en K, Z, SP, SF, SFI, AMS, AMK, AMC, AMI, AIS, DI, AMP, POD, AMO et AMY de la NGAP ou les actes équivalents inscrits à la CCAM, l'indemnité horokilométrique se cumule avec l'indemnité forfaitaire prévue au paragraphe A. Elle est calculée et remboursée dans les conditions ci-après :

1° L'indemnité due au professionnel de santé est calculée pour chaque déplacement à partir de son domicile professionnel et en fonction de la distance parcourue sous déduction d'un nombre de kilomètres fixé à 2 sur le trajet tant aller que retour. Cet abattement est réduit à 1 km en montagne et en haute montagne dont les zones sont définies par la Loi n°85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne. [...]

2° Le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un professionnel de santé ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport au professionnel de santé de la même discipline, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade. [...]

À titre dérogatoire, la règle mentionnée au 2° ne s'applique pas :

- Lorsque les déplacements du professionnel de santé sont effectués dans le cadre des programmes de retour à domicile mis en place par les Caisses d'Assurance Maladie répondant aux objectifs des articles L.1110-1 du Code de la santé publique, L.162-1-11 alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, et L.111-2-1 et L. 111-1 du Code de la sécurité sociale."

Pour les orthophonistes, il est important de retenir que :

- pour tout déplacement à domicile, l'orthophoniste facture une indemnité forfaitaire de déplacement (IFD). Sa valeur est de 2,50 €,
- lorsque le domicile du professionnel n'est pas situé dans la même agglomération que le domicile du patient, une indemnité horokilométrique (IK) est facturée. Elle est multipliée par le nombre de kilomètres parcourus. Il convient d'appliquer au calcul du nombre de kilomètres un abattement de 2 km pour l'aller et 2 km pour le retour. Cet abattement est réduit à 1 km en montagne et haute montagne,
- si l'orthophoniste qui se déplace au domicile du patient n'est pas l'orthophoniste le plus proche de ce domicile, l'indemnité horokilométrique sera calculée par rapport au professionnel le plus proche,
- cette dernière règle ne s'applique pas dans le cadre des PRADO. Les orthophonistes sont concernés par le PRADO AVC.

Pour la métropole :

- IFD - indemnité forfaitaire de déplacement : 2,50 €
- IK - indemnité kilométrique
 - IK - Plaine : 0,24 €/km
 - IK - Montagne : 0,37 €/km
 - IK - À pied, à ski : 1,07 €/km

Pour les DOM :

- IFD - indemnité forfaitaire de déplacement : 2,50 €
- IK - indemnité kilométrique
 - IK - Plaine : 0,27 €/km
 - IK - Montagne : 0,40 €/km
 - IK - À pied, à ski : 1,07 €/km

Article 13.1 - Frais de déplacement pour actes effectués dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées régi par le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)

"Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin, le chirurgien-dentiste ou l'auxiliaire médical intervient dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées, pour effectuer des actes sur plus d'un patient, les frais de déplacement ne peuvent être facturés, selon les modalités prévues par l'article 13 ci-dessus, qu'**une seule fois.**"

Exemple ici.

La 2^{ème} partie : la nomenclature

Elle comprend entre autres la liste des actes orthophonique qui se situe au Titre IV chapitre II, article 2 intitulé « Rééducation des troubles de la voix, de la parole, de la communication et du langage ». La dernière actualisation pour les actes orthophoniques date du 24/01/2018, parue au Journal officiel le 21/03/2018. Elle a permis d'inscrire dans la NGAP les modifications inscrites dans l'avenant 16 à la convention nationale des orthophonistes.

Un préambule est ainsi rédigé avant la liste des actes :

"Les cotations des actes de cet article ne sont pas cumulables entre elles.

Le bilan orthophonique fait l'objet d'une prescription médicale, accompagnée, si possible, des motivations de la demande de bilan et de tout élément susceptible d'orienter la recherche de l'orthophoniste.

Deux types de prescriptions de bilan peuvent être établis :

1. Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire : à l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur. Si des séances de rééducation doivent être dispensées, ce compte rendu comprend les objectifs de la rééducation, le nombre et la nature des séances que l'orthophoniste détermine, par dérogation à l'article 5 des dispositions générales. Sauf contre-indication médicale, il établit une demande d'accord préalable ;
2. Bilan orthophonique d'investigation : à l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur, accompagné des propositions de l'orthophoniste. Le prescripteur peut alors prescrire une rééducation orthophonique en conformité avec la nomenclature. L'orthophoniste établit une demande d'accord préalable.

À la fin du traitement, une note d'évolution est adressée au prescripteur.

Le compte rendu de bilan est communiqué au service médical à sa demande."

A : le bilan

Plus d'informations ici

La prescription la plus souvent utilisée est celle du "bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire".

Le bilan orthophonique de renouvellement est réalisé à l'issue des séances prévues selon la nomenclature. L'objectif du bilan de renouvellement est de mettre en évidence l'évolution du patient.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
<i>Bilan avec compte rendu écrit obligatoire</i>			
<i>Bilan de la déglutition et des fonctions vélo-tubo-tympaniques</i>	22	AMO	
<i>Bilan de la phonation</i>	30	AMO	
<i>Bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité</i>	30	AMO	
<i>Bilan de la communication et du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition de la communication et du langage écrit</i>	30	AMO	
<i>Bilan de la communication et du langage écrit</i>	30	AMO	
<i>Bilan de la cognition mathématique (troubles du calcul, troubles du raisonnement logico-mathématique...)</i>	30	AMO	
<i>Bilan des troubles d'origine neurologique</i>	36	AMO	
<i>Bilan des bégaiements et des autres troubles de la fluence</i>	36	AMO	
<i>Bilan de la communication et du langage dans le cadre des handicaps moteur, sensoriel et/ou déficiences intellectuelles, des paralysies cérébrales, des troubles du spectre de l'autisme, des maladies génétiques, et de la surdité</i>	36	AMO	

Coefficients AMO au 1^{er} avril 2018

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
<i>Bilan avec compte rendu écrit obligatoire</i>			
<i>Bilan de la déglutition et des fonctions vélo-tubo-tympaniques</i>	24	AMO	
<i>Bilan de la phonation</i>	34	AMO	
<i>Bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité</i>	34	AMO	
<i>Bilan de la communication et du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition de la communication et du langage écrit</i>	34	AMO	
<i>Bilan de la communication et du langage écrit</i>	34	AMO	
<i>Bilan de la cognition mathématique (troubles du calcul, troubles du raisonnement logico-mathématique...)</i>	34	AMO	
<i>Bilan des troubles d'origine neurologique</i>	40	AMO	
<i>Bilan des bégaiements et des autres troubles de la fluence</i>	40	AMO	
<i>Bilan de la communication et du langage dans le cadre des handicaps moteur, sensoriel et/ou déficiences intellectuelles, des paralysies cérébrales, des troubles du spectre de l'autisme, des maladies génétiques, et de la surdité</i>	40	AMO	

Coefficients AMO au 1^{er} janvier 2019

B : Les séances

Les séances de rééducation peuvent être individuelles ou de groupe.

Selon le coefficient des actes, la durée minimale est différente. La NGAP indique une durée minimale et non maximale.

Le nombre de séances demandés par accord préalable et la procédure de renouvellement sont également détaillés.

Pour les AMO 8 à 12 : "la séance doit avoir une durée minimale de 30 minutes, sauf mention particulière.

La première série de 30 séances est renouvelable par séries de 20 séances au maximum.

Si, à l'issue des 50 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan."

Pour les AMO 13.8 : "la séance doit avoir une durée minimale de 30 minutes, sauf mention particulière.

La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum. Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur.

Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan."

Pour les AMO 15.6 et 15.7 : "la séance doit avoir une durée de l'ordre de 45 minutes ne pouvant être inférieure à 30 minutes, sauf mention particulière.

La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum. Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur.

Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan."

Pour les AMO 14 et 15.4 : "la séance doit avoir une durée minimale de 45 minutes, sauf mention particulière.

La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum. Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur.

Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan."

Rééducation individuelle (accord préalable)	coefficient	lettre clé	AP
<p>Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 30 minutes, sauf mention particulière. La première série de 30 séances est renouvelable par séries de 20 séances au maximum. Si, à l'issue des 50 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.</p>			
Rééducation des troubles de l'articulation, par séance	8	AMO	AP
Rééducation de la déglutition dysfonctionnelle, par séance	8	AMO	AP
Rééducation des fonctions vélo-tubo-tympaniques, par séance	8	AMO	AP
Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, et les dyskinésies laryngées, par séance	11.4	AMO	AP
Rééducation des dysphagies, par séance	11	AMO	AP
Rééducation des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité, par séance	13.5	AMO	AP
Éducation à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne, avec ou sans prothèse phonatoire, par séance	11.2	AMO	AP
Rééducation des troubles de la communication et du langage écrit, par séance	10.1	AMO	AP
Rééducation des troubles de la cognition mathématique (dyscalculie, troubles du raisonnement logico-mathématique...), par séance	10.2	AMO	AP
Rééducation des troubles du graphisme et de l'écriture, par séance	10	AMO	AP
Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral, par séance	12.1	AMO	AP
Rééducation des bégaiements et des autres troubles de la fluence, par séance	12.2	AMO	AP
Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance	12	AMO	AP
<p>Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 30 minutes, sauf mention particulière. La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum. Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur. Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.</p>			
Éducation ou rééducation de la communication et du langage dans les handicaps moteurs, sensoriel et/ou les déficiences intellectuelles (inclus paralysie cérébrale, troubles du spectre de l'autisme et maladies génétiques), par séance	13.8	AMO	AP

<p>Pour les actes suivants, la séance doit avoir 1 durée minimale de 45 minutes, ne pouvant être inférieure à 30 minutes, sauf mention particulière. La première série de 50 séances est renouvelable par série de 50 séances au maximum. Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur. Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement et mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.</p>			
Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post-traumatique.	15.7	AMO	AP
Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologie neuro-dégénératives	15.6	AMO	AP
<p>Pour les actes suivants, la séance doit avoir 1 durée minimale de 45 minutes, sauf mention particulière. La première série de 50 séances est renouvelable par série de 50 séances au maximum. Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur. Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement et mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.</p>			
Rééducation des dysphasies, par séance	14	AMO	AP
Démutisation, rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	15.4	AMO	AP

C : les rééducations nécessitant des accords de groupe

"Cette rééducation doit être dispensée à raison d'au moins un praticien pour quatre personnes. Il est conseillé de constituer des groupes de gravité homogène.

Par première série de 30 séances d'une durée minimale d'une heure, renouvelable par séries de 20 séances au maximum.

Si, à l'issue des 50 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan."

Désignation de l'acte	coefficient	lettre clé	AP
Rééducation des troubles de la voix d'origine organique fonctionnelle, par séance	5	AMO	AP
Éducation à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro- œsophagienne et/ou trachéo- œsophagienne, par séance	5	AMO	AP
Rééducation des troubles de la communication et du langage écrit, par séance	5	AMO	AP
Rééducation des troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique, par séance	5	AMO	AP
Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral, par séance	5	AMO	AP
Rééducation des bégaiements et des autres troubles de la fluence, par séance	5	AMO	AP
Éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance	5	AMO	AP
Rééducation des dysphasies, par séance	5	AMO	AP
Rééducation de la communication et du langage dans les aphasies, par séance	5	AMO	AP
Rééducation des troubles de la communication et du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques, par séance	5	AMO	AP
Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neurodégénératives, par séance	5	AMO	AP
Des utilisations dans les surdités du premier âge, appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	5	AMO	AP
Rééducation conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	5	AMO	AP

Pour mémoire

La prescription de bilan est un préalable obligatoire avant tout acte d'orthophonie.

La date de facturation des actes est toujours celle du jour de leur réalisation.

Toute rééducation de groupe doit faire l'objet d'une demande d'accord préalable spécifique (AMO5), pour une durée de 60 minutes et un groupe de 4 patients au plus pour un orthophoniste. Cette règle s'applique même si une rééducation individuelle est déjà en cours.

La nomenclature prévoit une durée minimale et non une durée maximale. Si vous jugez utile et opportun de prolonger la séance au-delà du temps minimal, vous ne pouvez en aucun cas coter un deuxième acte.

En cas de déplacement dans une institution (maison de retraite par exemple) un seul déplacement sera facturé quand bien même plusieurs patients auraient bénéficié d'une rééducation, ce jour-là. Les indemnités demandées, IF et IK doivent être rattachées à un seul et même patient.

3. Les dispositions conventionnelles

Facturation des soins

La **facturation** des honoraires est encadrée par le texte de la convention nationale (articles 20, 22, 23 et 24). Les engagements de l'assurance maladie sont décrits dans l'article 26.

Seuls sont remboursés par l'Assurance maladie, les actes inscrits sur les listes citées à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale dont les orthophonistes attestent qu'ils ont été dispensés par lui-même et rémunérés selon la législation en vigueur.

La facturation des soins est établie sur les seuls documents conformes et agréés par l'Assurance maladie, qui peuvent être sous format électronique ou papier.

Lorsque l'orthophoniste réalise des actes ou prestations non remboursables par l'assurance maladie, il n'établit pas de feuille de soins ni d'autre support en tenant lieu, conformément à l'article L. 162-8 du Code de la sécurité sociale.

Il est tenu d'inscrire, sur la feuille de soins ou le document de facturation, l'intégralité du montant des honoraires (y compris le Dépassement Exceptionnel D.E.) qu'il a perçu au titre des actes remboursables et en donne l'acquit par sa signature.

Il ne donne l'acquit que pour les actes qu'il a accomplis personnellement, et pour lesquels il a perçu l'intégralité des honoraires dus (sauf dans le cadre cas des dispositions relatives à la dispense d'avance des frais).

L'acquit des honoraires peut être donné lorsque la série des séances est achevée.

Dans le cas d'une série d'actes, lorsqu'un ou plusieurs actes sont exécutés par un orthophoniste remplaçant, l'ensemble des honoraires peut être encaissé par l'orthophoniste exécutant habituellement les actes. L'orthophoniste remplaçant appose sa signature dans la colonne réservée à l'attestation de l'exécution de l'acte.

Lorsque les soins sont dispensés à titre gracieux, l'orthophoniste porte sur la feuille de soins la mention « acte gratuit ».

Pour les actes effectués au cours d'une hospitalisation dans un établissement privé conventionné ne participant pas au service public hospitalier, la part garantie par la Caisse est versée individuellement, à chaque orthophoniste.

Les motifs de dépassement sont clairement identifiés et ne sont possible que pour des circonstances exceptionnelles :

- de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient non liée à un motif médical,
- des soins donnés à heure fixe ou en dehors de l'horaire normal de l'orthophoniste,
- un déplacement anormal imposé à l'orthophoniste à la suite du choix par le patient d'un orthophoniste éloigné de sa résidence, etc.

Dans ce cas, l'orthophoniste fixe ses honoraires avec tact et mesure et indique sur la feuille de soins le montant perçu ainsi que le motif du dépassement (dépassement exceptionnel : DE) et fournit toutes les informations nécessaires sur ce supplément qui ne sera pas remboursé.

Ce dépassement d'honoraires n'est pas compatible avec la procédure de dispense d'avance des frais.

Le paiement des actes

- Le paiement par l'assuré

C'est le cas le plus fréquent. L'orthophoniste atteste par sa signature l'acquit du paiement des honoraires. Il est tenu d'inscrire, sur la feuille de soins ou le document de facturation, l'intégralité du montant des honoraires qu'il a perçus et en donne l'acquit par une signature portée dans une colonne spéciale prévue à cet effet.

- Le remboursement des actes aux assurés

Actuellement, 60 % seulement des honoraires des orthophonistes sont remboursés aux assurés du régime général, 90 % pour les affiliés du régime local (Alsace-Moselle).

Les 40 % restant constituent la participation de l'assuré, ou ticket modérateur.

Le pourcentage est de 50 % pour les travailleurs non salariés.

Dans le cas d'accident du travail, la feuille de soins n'est pas utilisée et les mémoires d'honoraires sont établis sur des imprimés particuliers.

◆ Le Tiers Payant

- Tiers payant intégral pour les patients disposant d'un contrat complémentaire sélectionné (ACS)

Il est proposé aux patients bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L. 863-1 du Code de la sécurité sociale, dès lors qu'ils ont souscrit un contrat complémentaire sélectionné par le Ministère de la Santé. Cette information figure dans la carte d'assurance maladie et dans l'attestation « tiers payant intégral » remise aux assurés.

- Tiers payant sur la part obligatoire pour les patients n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire sélectionné

La dispense d'avance des frais pour la part obligatoire est accordée par l'orthophoniste aux personnes bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L. 863-1 du Code de la sécurité sociale, mais qui n'ont pas encore souscrit de contrat complémentaire sélectionné par le Ministère de la santé.

- Tiers payant pour les patients pris en charge au titre de la maternité ou d'une affection de longue durée (ALD)

La dispense d'avance des frais pour la part obligatoire est accordée par l'orthophoniste aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 du Code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité.

Dans ce cas, l'orthophoniste indique sur la feuille de soins la mention « dispense d'avance des frais » à la place de l'acquit des honoraires.

Les honoraires sont réglés directement par la caisse à l'orthophoniste.

En matière de paiement et de suivi de facturation, l'assurance maladie s'engage sur :

- une garantie de paiement basée sur les informations inscrites dans la carte Vitale du patient, même si elle n'est pas à jour,
- les rejets liés aux droits des patients sont supprimés pour toute FSE sécurisé et ce quels que soient les changements de situation du patient.

En l'absence de carte Vitale, le service ADRI permet d'obtenir une situation de droit à jour lors de l'établissement de la FSE, en accédant aux droits du patient figurant dans les bases de l'Assurance Maladie.

(Désormais, grâce à la protection universelle maladie, les patients bénéficient de droits continus à l'assurance maladie obligatoire)

- la garantie d'être payé sous 5 jours ouvrés en cas de facturation en FSE.

Si le délai de paiement des FSE excède 7 jours ouvrés, une indemnité est versée par l'assurance maladie dans les conditions définies réglementairement.

- un meilleur suivi de la facturation avec un logiciel SESAM-Vitale agréé « suivi des factures, norme NOEMIE 580 ».

Suivi des paiements et rapprochements comptables sont facilités ; les libellés de rejets de factures sont plus explicites.

Télétransmission

Par principe, la facturation des actes et prestations s'effectue sous format électronique dit « système SESAM-Vitale ». En cas d'impossibilité, la facturation peut s'effectuer par le biais de la facturation « SESAM dégradé » définie à l'article 30.1 ou de la feuille de soins sur support papier définie à l'article 30.2 de l'avenant n°16 de la convention nationale des orthophonistes.

La facturation à l'assurance maladie s'effectue dans les conditions prévues par les textes réglementaires et les dispositions de la convention ainsi que celles du cahier des charges SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM Vitale et en utilisant une solution agréée par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA) ou homologuée GIE SESAM-Vitale. À cette condition, l'orthophoniste est libre du choix de son équipement informatique et de son fournisseur d'accès internet ou de tout service informatique.

Il doit s'assurer du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données notamment en matière de déclaration de fichiers.

La réalisation et l'émission de FSE nécessitent une connexion à un réseau de transmission utilisant un protocole internet conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale et l'utilisation d'une carte de professionnel de santé (CPS).

L'orthophoniste s'engage à adresser à la caisse d'affiliation de l'assuré les feuilles de soins par voie électronique dans les délais réglementairement fixés, soit 3 jours ouvrés en cas de paiement direct, 8 jours en cas de dispense d'avance de frais.

La caisse d'assurance maladie obligatoire traite les FSE et émet l'ordre de virement du montant dû dans un délai maximal de cinq jours ouvrés, à compter du jour de la réception de l'accusé de réception logique (ARL positif). Le niveau de prise en charge par la caisse d'assurance maladie s'effectue à la date de soins.

En cas d'échec d'émission d'une FSE, l'orthophoniste fait une nouvelle tentative dans les délais prévus.

En cas de nouvel échec, il établit un duplicata sous forme papier, en mentionnant les références de la FSE non transmise (numéros de FSE et de lot).

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie sans dispense d'avance des frais à l'assuré, l'orthophoniste signe le duplicata et le remet à l'assuré, ou l'adresse lui-même à la caisse d'affiliation de l'assuré en indiquant que l'assuré n'a pas pu signer la feuille de soins.

En cas de duplicata avec dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, l'orthophoniste adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré, le duplicata de la feuille de soins signé par lui-même et, si possible, par l'assuré ; à défaut, il indique que l'assuré n'a pas pu signer.

Dans les autres cas d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique, l'orthophoniste remplit une feuille de soins papier.

La feuille de soins SESAM « dégradé » est utilisée du fait de l'absence, de la non-présentation ou de la défectuosité de la carte Vitale.

Ces feuilles de soins SESAM « dégradé » ne rentrent pas dans le calcul du taux de télétransmission défini à l'article 29 de la convention nationale, soit 70 %.

En cas de dispense d'avance des frais, le règlement intervient dans un délai de vingt jours.

La facturation via la feuille de soins sur support papier

En cas de dispense d'avance des frais, l'orthophoniste facture directement la part obligatoire de ses actes à la caisse d'affiliation de l'assuré et se charge de l'envoi des documents nécessaires.

En cas de paiement direct, l'envoi des feuilles de soins papier est de la responsabilité de l'assuré.

Équipement informatique

Pour télétransmettre des feuilles de soins électroniques (FSE), vous avez besoin d'une carte de professionnel de santé (CPS) et d'un équipement informatique.

◆ Le lecteur de carte

Les lecteurs SESAM-Vitale sont des appareils assez proches de ceux utilisés pour lire les cartes bancaires. Ils ont cependant la capacité de lire deux cartes simultanément : celle du professionnel de santé (CPS) et celle du patient (Vitale).

Les lecteurs Sesam Vitale sont indispensables à la réalisation ainsi qu'à la télétransmission des Feuilles de Soins Électroniques. Certains lecteurs constituent de véritables « solutions intégrées » parfaitement autonomes et sont donc capables de télétransmettre les FSE sans ordinateur associé. Cependant la majorité des lecteurs sont destinés à être connectés à un ordinateur et ne disposent d'aucune capacité de télécommunication qui leur soit propre. Dans leur cas, c'est l'ordinateur associé qui réalise la télétransmission par l'intermédiaire de son modem.

Certains lecteurs « multicartes » gèrent également d'autres applications que Sésam Vitale (par exemple les paiements par carte bancaire).

Lecteur de carte Vitale version 3x

La version 3x offre une sécurisation accrue de la télétransmission et une accélération de la lecture des cartes. Elle permet la lecture de la date de fin de droits en affectation de longue durée (ALD). Elle permet également la lecture des cartes Vitale 2 avec numéros de série étendus (passage de 8 à 12 caractères du n° de série).

Il existe des lecteurs portables (TLA ou terminal lecteur applicatif) pour les actes à domicile. Quel que soit votre choix, il devra être « homologué SESAM-Vitale ».

Afin de découvrir les modèles agréés ou, le cas échéant, de prendre connaissance de la nécessité de mettre à jour votre équipement, il est recommandé de consulter la liste des lecteurs agréés sur le site du [GIE SESAM-Vitale](#).

◆ *La carte CPS.*

- ◆ Un ordinateur de bureau récent, fixe ou portable, de type PC ou Mac, avec une imprimante sont nécessaires et suffisants.
- ◆ Une connexion internet haut débit (ADSL), dont vous avez le libre choix du fournisseur d'accès internet (FAI).
- ◆ Le système de facturation SESAM-Vitale.

Le système de facturation SESAM-Vitale version 1.40 du cahier des charges SESAM-Vitale est accessible soit par un logiciel installé sur votre ordinateur ; soit via votre navigateur internet, directement en ligne.

Il existe également des solutions autonomes reposant sur un lecteur de cartes Vitale et CPS, et intégrant un logiciel de facturation SESAM-Vitale.

Au-delà de la possibilité d'obtenir les aides à la télétransmission, l'intérêt d'avoir un système de facturation d'une version récente est d'avoir accès à :

1. la simplification de la facturation ;
2. la possibilité d'établir des FSE quelle que soit la situation du patient vis-à-vis du parcours de soins ;
3. un meilleur retour d'informations NOEMIE, un meilleur suivi des paiements, rejets et régularisations de factures, identification de la facture de façon unique (indication du numéro et type de facture, date de facturation et lieu d'exécution), o information au niveau de la facture : payée, rejetée ou différée, avec le détail de la part obligatoire et de la part complémentaire pour chaque facture, motifs des rejets clairement identifiés avec l'indication de la part concernée par le rejet (part obligatoire ou part complémentaire), du niveau de rejet (facture, prestation, code affiné), de la nature de la prestation, du libellé de rejet. et l'optimisation du suivi des paiements
4. la reconnaissance des cartes CPS « remplaçants » ;

À noter :

- ◆ Tous ces matériels ou logiciels sont accessibles à l'achat ou à la location.
- ◆ Quel que soit votre choix, le logiciel devra être agréé par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA). Assurez-vous également de l'homologation GIE SESAM-Vitale.
- ◆ Quelle que soit la solution retenue, il faut s'assurer de la compatibilité des différents éléments entre eux.
- ◆ Il est vivement recommandé de souscrire un contrat de maintenance auprès de votre fournisseur pour permettre de pallier les éventuels dysfonctionnements logiciels ou matériels, et de bénéficier des dernières évolutions et mises à jour.

Les avantages de la télétransmission :

- un règlement plus rapide de vos actes,
- moins de stockage de papier
- une gamme de solutions techniques adaptées à votre mode d'organisation et à votre pratique. *Par exemple : si vous avez plusieurs sites d'exercice, si vous réalisez beaucoup de visites à domicile, si c'est votre secrétariat qui gère les formalités administratives...*

Pour vos patients, c'est une relation simplifiée avec leur caisse d'assurance maladie (pas de papier à remplir ni de frais d'affranchissement, un remboursement plus rapide).

Pour la collectivité, la télétransmission représente une source d'économies non négligeables : le coût moyen de gestion d'une feuille de soins électronique (FSE) est de 0,27 € contre 1,74 € pour une feuille de soins papier (FSP).

La CPS

La carte de professionnel de santé (CPS) est une carte d'identité professionnelle électronique, que l'on peut obtenir auprès de l'Agence régionale de santé (avec un délai d'environ 5 semaines).

Elle contient les données d'identification (identité, profession, spécialité) mais aussi la situation d'exercice (cabinet ou établissement).

Elle peut contenir jusqu'à 8 sites d'exercice, permettant une facturation électronique sur chacun de ces sites.

Lors de la demande de votre carte CPS, il conviendra de préciser les différents sites où vous exercez.

Une configuration du poste de travail de chaque site d'exercice est nécessaire pour que le logiciel de facturation d'un site d'exercice reconnaisse la carte CPS.

Elle permet à son titulaire d'attester de son identité et de ses qualifications professionnelles.

Elle est protégée par un code confidentiel.

Cette carte permet au professionnel de santé de :

- s'identifier afin d'éviter une usurpation d'identité, via un processus d'identification,
- de signer électroniquement sur des documents,
- de transmettre les feuilles de soins électroniques aux organismes d'Assurance Maladie obligatoires et complémentaires,
- d'utiliser la messagerie sécurisée des professionnels de santé.

La carte de professionnel de santé, jusqu'à présent utilisée principalement dans le cadre de la production des feuilles de soins électroniques (FSE) de l'assurance maladie, est dorénavant inscrite dans la loi (article L.1110-4 du code de la santé publique) comme un outil obligatoire imposé pour l'accès aux données de santé à caractère personnel, notamment dans le cadre du partage de l'information médicale.

Dans ce cadre, la carte de professionnel de santé constitue un instrument essentiel du dispositif de sécurité des systèmes d'information de santé en sécurisant les échanges et le partage des données médicales personnelles pour en protéger la confidentialité.

La CPS est distribuée gratuitement et systématiquement à tout professionnel de santé (libéral et hospitalier). Cette gratuité est justifiée par le caractère progressivement obligatoire de la carte pour effectuer certaines transactions électroniques sécurisées.

Le renouvellement de la carte CPS est automatique à l'échéance de la période de validité (3 ans), sans aucune démarche à effectuer pour la remplacer.

Depuis décembre 2015, l'ASIP Santé (Agence des Systèmes d'Informations Partagées de Santé) assure la production des cartes CPS remplaçants.

La gestion des orthophonistes remplaçants est disponible à partir du palier SESAM-Vitale 1.40 Addendum 7.

Progressivement, les principaux éditeurs proposent dans le cadre des mises à jour, ce service de gestion des remplaçants.

Il convient alors avant la période de remplacement, de paramétrer une session de remplacement sur le poste du professionnel « titulaire » afin que le professionnel de santé remplaçant puisse utiliser sa propre carte CPS.

La FSE sera faite avec le numéro AM du remplacé et l'identifiant du remplaçant (numéro RPPS ou ADELI).

La liste des éditeurs de logiciels agréés Addendum 7 est disponible sur le site du CNDA (Centre National de Dépôt et d'Agrément)

<https://www.cnda.ameli.fr>

Si vous exercez en cabinet avec un secrétariat, la carte de personnel d'établissement (CPE) permet au secrétariat de lire la carte Vitale du patient et de créer une pré-FSE, qui sera ensuite signée avec votre propre carte CPS.

Votre secrétariat pourra ensuite se charger de l'opération de transmission des FSE.

Cette solution fonctionne également avec plusieurs professionnels de santé dans un cabinet.

La carte CPE est anonyme et gratuite.

Aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel

L'article 29 du Titre 4 de l'avenant 16 à la convention nationale des orthophonistes s'intitule : MODERNISER LES RELATIONS ENTRE LES ORTHOPHONISTES ET L'ASSURANCE MALADIE.

Y sont décrites les nouvelles conditions nécessaires à l'obtention des aides pérennes prévues pour les professionnels qui s'engagent dans des investissements permettant d'actualiser l'équipement informatique de leur cabinet.

Ces mesures sont applicables en 2018 et les aides pérennes telles que décrites dans l'avenant 16 seront versées en 2019.

Jusqu'en 2018, les orthophonistes bénéficient des aides suivantes :

- aide pérenne à la télétransmission : 300 €
- aide à la maintenance : 100 €
- utilisation de SCOR : 90 €

Ce qui est prévu dans l'article 29 de l'avenant 16 :

Afin d'accompagner les professionnels qui s'engagent dans des investissements permettant de moderniser et informatiser leur cabinet, l'assurance maladie s'engage à refondre les aides initialement versées (aide à la télétransmission, à la maintenance, aide SCOR) en instaurant une aide forfaitaire dénommée : « forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel » versée annuellement au plus tard au 30 avril de l'année suivant l'année au titre de laquelle

l'aide est versée, sous respect d'un certain nombre de critères vérifiés par l'assurance maladie au titre de l'année civile précédente (N-1).

Le versement de l'aide se fera désormais en une seule fois par la CPAM du lieu d'installation principal de l'orthophoniste pour le compte de l'ensemble des régimes.

Les critères pour obtenir le versement du forfait sont les suivants :

- 1 : utiliser un logiciel métier, compatible DMP pour faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée, et compatible avec le recours aux téléservices tels que ADRI ;*
- 2 : être doté d'une version du cahier des charges SESAM-Vitale intégrant les derniers avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération. L'objectif est que l'outil de facturation comporte les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles simplifiant les échanges avec l'assurance maladie ;*
- 3 : utiliser la solution SCOR pour la transmission à l'assurance maladie des pièces justificatives numérisées ;*
- 4 : atteindre un taux de télétransmission en flux sécurisé supérieur ou égal à 70 %, la télétransmission des données fiables et permettant de garantir des délais de paiement très courts ;*
- 5 : disposer d'une adresse de messagerie sécurisée de santé (MSS).*

Quelques précisions

● Le DMP

La loi de modernisation du système de santé a confié à la CNAM-TS la responsabilité du pilotage du projet DMP depuis le 4 juillet 2016.

« Afin de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins, les bénéficiaires de l'assurance maladie peuvent disposer, dans les conditions et sous les garanties prévues aux articles L. 1110-4 (droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant) et L. 1110-4-1 (recueil de son consentement exprès) et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical partagé. Le dossier médical partagé est créé sous réserve du consentement exprès de la personne. »

Les fonctionnalités informatiques du DMP permettront :

- la création rapide du DMP par les assurés eux-mêmes via leur compte Ameli, (ou par leur représentant légal, le cas échéant) et/ou par des professionnels de santé habilités (dont les orthophonistes font partie)
- l'alimentation de données issues de la facturation de l'assurance maladie (médicaments, actes techniques, actes de biologie, hospitalisation).

La Fédération nationale des orthophonistes a obtenu la possibilité d'inscription du diagnostic orthophonique ainsi que l'ouverture de tous les accès au contenu du DMP, afin que les orthophonistes puissent assurer pleinement leur rôle dans la coordination et les parcours des soins.

◆ L'adresse de messagerie sécurisée de santé

Les orthophonistes sont parmi les professionnels de santé qui échangent le plus de documents écrits avec les autres professionnels et notamment leurs prescripteurs. L'objectif d'une telle messagerie est de permettre une transmission sécurisée des informations par voie électronique, dans un environnement où la protection des données personnelles est un enjeu majeur pour l'ensemble des systèmes d'échange informatisés.

La FNO a souhaité que les orthophonistes et les patients soient protégés et puissent bénéficier d'échanges facilités par le numérique. La fédération a donc obtenu de l'Asip Santé la création d'une identification spécifique aux orthophonistes. Chacun professionnel peut créer une adresse de messagerie sécurisée gratuite MSSanté.

La procédure d'inscription est simple et rapide, nécessite uniquement au moment de l'inscription d'être relié à un ordinateur connecté à internet et au lecteur de carte CPS. Elle permet la transmission de tous les formats de pièces jointes et sera intégrée progressivement dans le logiciel-métier. Elle est disponible sous forme d'application aussi sur apple et android pour les smartphones.

◆ ADRI (Acquisition des DRroits intégrée)

Le télé-service ADRI permet d'interroger directement les services de l'Assurance maladie pour connaître les droits en cours d'un patient, et ainsi vérifier que les données de sa carte Vitale sont bien à jour ou de récupérer ses droits lorsque vous créez son dossier sans carte Vitale.

Lorsque votre logiciel détecte une différence entre les droits sur la carte et ceux renvoyés par l'ADRI, cela vous est signalé.

Lorsque votre logiciel répond au cahier des charges « Addendum 7 », ce service est intégré.

(Le **Cahier des Charges SESAM-Vitale** est le document de référence qui permet aux éditeurs de développer un progiciel de santé compatible avec le système SESAM-Vitale (c'est-à-dire apte à utiliser la carte Vitale de l'assuré social).

ADRI vous permet d'obtenir :

- les droits à jour de vos patients, et notamment, les situations spécifiques (CMU-C, AME, ACS, ALD, invalidité...), en particulier en l'absence de la carte Vitale ou en cas de carte Vitale non mise à jour,
- les coordonnées de vos patients (adresse postale) ainsi que leur organisme d'affiliation d'Assurance Maladie,
- l'information sur l'existence ou non d'un médecin traitant.

Les avantages que présente ce service ADRI dans votre logiciel sont la récupération automatique des droits de vos patients, la fiabilisation de votre facturation SESAM-Vitale, même en l'absence de la carte Vitale et donc la réduction des rejets.

La liste des logiciels agréés ADRI est à consulter dans le « catalogue de produits » à l'adresse suivante <http://www.sesam-vitale.fr/web/prestatairesde-soins/catalogue-de-produits>.

◆ SCOR : la SCannérisation des ORdonnances

La dématérialisation des ordonnances permet d'éviter les envois papier lors de la facturation d'un bilan ou lors de la facturation en mode dégradé.

La dématérialisation va dans le sens d'une simplification administrative nécessaire demandée par tous les orthophonistes libéraux.

Dès lors que ces critères sont respectés, l'orthophoniste bénéficie d'une aide forfaitaire annuelle de 490 €.

L'application de cette mesure dépend en grande partie des évolutions techniques que proposent les éditeurs de logiciel. Elles correspondent à un cahier des charges précis et ne sont pas toutes applicables dès à présent.

Pour accompagner la mise en œuvre de ces nouvelles dispositions, les partenaires conventionnels feront un suivi régulier notamment quant à la possibilité pour les orthophonistes de répondre à l'ensemble des critères précités. À l'occasion de ces points d'étape, les membres de la CPN pourront décider, le cas échéant, de l'exclusion de certains critères pour le versement annuel de l'aide.

Pour l'année 2018, les critères 1 et 5 sont neutralisés.

Enfin, les orthophonistes impliqués dans la prise en charge coordonnée des patients pourront, à compter de l'année 2019, bénéficier d'une aide complémentaire de 100 €, s'ils participent à une équipe de soins primaires ou maison de santé pluri-professionnelle partageant un projet de santé commun ou à une communauté professionnelle territoriale de santé.

Cette aide de 100 € s'ajoutera aux aides décrites dans l'ACI (Accord Cadre Interprofessionnel).

Le contrôle médical

Le service médical de l'Assurance maladie assure plusieurs rôles

Le contrôle des prestations et relations avec les assurés

le service médical permet aux assurés, après examen de leur dossier, de bénéficier de certaines prestations versées par les caisses d'Assurance Maladie. En lien avec le médecin traitant, le Service du contrôle médical peut aussi accompagner les assurés pour améliorer la prise en charge de certaines pathologies.

Les relations avec les professionnels de santé : le service médical analyse l'activité de prescription des professionnels de santé et des établissements de soins. En cas d'écart par rapport aux recommandations médicales, des praticiens-conseils conduisent des actions d'information et de sensibilisation des professionnels de santé (échanges confraternels...). Le service médical mène aussi des actions de formation des Délégués de l'Assurance Maladie (Dam).

Le contrôle contentieux et la lutte contre la fraude : le service médical analyse l'activité de professionnels de santé et des établissements de soins ainsi que la consommation de soins d'assurés, dans le respect des textes réglementaires, afin de prévenir les abus, de lutter contre la fraude et de s'assurer de la qualité des soins.

Les services en santé : le service médical va être en charge par exemple du Prado, programme de retour à domicile.

Les orthophonistes sont en lien avec le service médical qui reçoit les demandes d'accord préalable. Un médecin-conseil est également présent dans les commissions paritaires.

Les instances conventionnelles : *article 41 de l'avenant 16 à la convention nationale des orthophonistes*

Dans la convention nationale signée entre le syndicat représentatif de la profession, la FNO et l'UNCAM, il est prévu une gestion paritaire de la vie conventionnelle.

Elle se décline à différents échelons via les instances conventionnelles suivantes :

- la commission paritaire nationale ;
- la commission paritaire régionale dans chaque région administrative ;
- la commission paritaire départementale dans chaque département.

Composition de chaque commission

Chaque commission est composée paritairement pour moitié :

- de représentants de l'UNCAM (pour la CPN), représentants de l'assurance maladie (pour les CPR et CPD) qui constituent la section sociale ;
- de représentants de la ou des organisations syndicales représentatives des orthophonistes libéraux signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle.

Chaque section désigne son président.

Section professionnelle

La section professionnelle comprend 4 représentants titulaires désignés par les organisations syndicales représentatives des orthophonistes libéraux et signataires de la présente convention.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Seuls les orthophonistes libéraux adhérant à la présente convention, en exercice et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance.

Les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales représentatives des orthophonistes signataires de la présente convention.

La durée du mandat des orthophonistes est celle conférée par le syndicat qu'ils représentent.

Section sociale

La section sociale est composée de 4 représentants titulaires de l'assurance maladie :

- régime général : 2 représentants ;
- régime agricole : 1 représentant ;
- régime social des indépendants : 1 représentant. Ce poste est désormais réparti entre les autres régimes, du fait de la disparition du RSI.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Un orthophoniste exerçant à titre libéral sous la présente convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

En cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire, la commission constituée de l'ensemble des signataires de la convention, se réunit dans

les deux mois à compter de la date de signature du nouveau signataire ou de retrait effectif d'un signataire.

La commission fixe lors de cette réunion la composition de chacune de ses deux sections comportant un nombre égal de membres, de la façon suivante :

- une section professionnelle dont le nombre de sièges et leur répartition sont arrêtés par les organisations syndicales représentatives signataires de la convention ;
- une section sociale dont le nombre de sièges est égal à celui de la section professionnelle et donne lieu à une répartition entre les régimes membres de cette commission.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans le règlement intérieur figurant à l'Annexe 14 de la convention.

Mise en place et rôle de la Commission Paritaire Nationale

La CPN se réunit en tant que de besoin et au minimum deux fois par an.

Elle se réunit au siège de l'UNCAM ou en cas d'indisponibilité, dans les locaux d'un des régimes membre de l'UNCAM.

Le secrétariat est assuré par l'UNCAM. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevés de décisions, constats éventuels de carence, etc.

Dans le cadre de sa mission générale de suivi de la vie conventionnelle et du respect des engagements respectifs des parties, la commission a une double vocation d'impulsion et de coordination des actions menées tant au niveau national que local en application de la convention.

La CPN délibère sur les orientations de la politique conventionnelle et particulièrement sur :

- le suivi de l'évolution des dépenses d'assurance maladie concernant les soins en orthophonie ;
- la définition des objectifs de rééquilibrage de l'offre de soins sur le territoire prévu à l'article 3.3.1 à compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats types régionaux ;
- le suivi du dispositif démographique en termes d'amélioration de l'offre de soins en orthophonie et des conditions d'exercice des orthophonistes libéraux exerçant dans les zones très sous-dotées. Elle réalise le suivi des objectifs de rééquilibrage de l'offre de soins sur le territoire fixés à l'article 3.3.1 de la présente convention ;
- le suivi de l'action de dépistage des troubles du langage et de la communication chez les enfants en milieu scolaire mis en place à titre expérimental et définie à l'article 4 de la présente convention ;
- les propositions d'actions permettant de préciser les conditions de prise en charge des soins et/ou de renforcer le respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux conditions de prise en charge des actes, ainsi que les modalités de paiement et de remboursement de ces actes ;
- la préparation des avenants et annexes à la convention ;
- la mise en œuvre de mesures facilitant l'exercice de la profession.

En outre, la CPN :

- veille au respect des dispositions conventionnelles par les orthophonistes et les caisses au niveau local ;
- prend toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances régionales et départementales ;

- suit la mise en place du forfait d'aide à l'équipement informatique du cabinet professionnel dans les conditions définies à l'article 29 ;
- suit les résultats des actions d'accompagnement mises en place dans le cadre de la maîtrise médicalisée ;
- est informée des programmes d'accompagnement mis en place au service des patients ;
- propose des orientations prioritaires pour le développement professionnel continu dans les conditions définies à l'article L. 4021-2 du code de la santé publique pour accompagner notamment la mise en place des dispositifs conventionnels s'attachant à promouvoir et à valoriser l'amélioration de la qualité des soins et favorisant le juste soin dans toutes ses composantes ;
- étudie, à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires ou d'une commission paritaire régionale ou départementale, tout problème d'ordre général soulevé par les rapports entre les orthophonistes et les caisses ; la CPN propose alors une solution pour régler ces difficultés ;
- recueille les résumés des travaux des CPD/CPR. Le secrétariat transmet ces résumés aux membres de la CPN ;
- met en œuvre les simplifications administratives visant à aider l'orthophoniste dans son travail au quotidien en décidant des actions à mener afin d'en assurer la réussite ;
- examine et émet un avis sur tous les projets de modification des documents servant de base aux échanges entre l'assurance maladie et les orthophonistes (formulaires, etc.) ;
- analyse tout dysfonctionnement du système SESAM-Vitale et examine les réponses appropriées dans les meilleurs délais afin de garantir la continuité et l'adaptabilité du service de la télétransmission des feuilles de soins électroniques ;
- formule des observations sur le cahier des charges SESAM-Vitale et des propositions tendant à l'amélioration du système ;
- est consultée chaque année sur la version du cahier des charges SESAM-Vitale retenue dans les indicateurs du forfait d'aide à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévu à l'article 29 ;
- suit les procédures informatiques de gestion de la dispense d'avance de frais ou de tout autre dispositif issu de la réglementation ;
- suit les échanges de données dématérialisées entre l'assurance maladie et les orthophonistes adhérant à la présente convention ;
- suit la mise en place des procédures listées dans l'ACIP ;
- contribue à l'information des orthophonistes relative à l'application de la convention et toutes nouvelles dispositions qui la modifient.

Mise en place et rôle de la commission paritaire régionale

La CPR se réunit en tant que de besoin et au minimum deux fois par an. Le secrétariat est assuré par l'organisme désigné par le directeur coordonnateur de la gestion du risque du régime général. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevé de décisions, constats éventuels de carence, etc.

La CPR délibère sur les orientations de politique conventionnelle au niveau régional. La CPR est chargée notamment des missions suivantes :

- elle facilite l'application de la convention nationale par une concertation permanente sur le plan local entre les caisses et les représentants des orthophonistes ;

- elle est informée des programmes d'accompagnement mis en place au service des patients ;
- elle assure un suivi de l'évolution régionale des dépenses de santé en rapport avec les actes d'orthophonie et analyse ces dépenses au regard des besoins de santé de la population ;
- elle suit l'évolution de la démographie des orthophonistes sur le territoire régional ;
- elle suit et évalue au niveau régional l'impact des mesures d'incitation à l'installation dans les zones très sous-dotées ;
- elle développe une offre de service et d'accompagnement pour orienter les orthophonistes dans les zones très sous-dotées en offre de soins en orthophonie ;
- elle étudie les documents statistiques et économiques permettant de mieux identifier dans la région les besoins de santé de la population, d'évaluer le coût des soins, la répartition de l'offre de soins en orthophonie ;
- elle assure, le cas échéant, un suivi au niveau local de l'action de dépistage des troubles du langage et de la communication chez les enfants en milieu scolaire mise en place à titre expérimental et définie à l'article 4 de la présente convention ;
- elle assure un suivi de la qualité des soins d'orthophonie, notamment en comparant l'activité des orthophonistes de chaque département de la région avec la moyenne régionale et nationale ;
- elle met en place des actions d'information et/ou de sensibilisation des professionnels sur leur activité, actions qui seront relayées par les caisses.

Elle rend compte périodiquement de ses travaux à la commission paritaire nationale et lui transmet toute étude et proposition qu'elle juge utiles. En cas de désaccord, en particulier, sur l'interprétation des textes de la convention ou de la NGAP, elle interroge la commission paritaire nationale. Elle adresse à la CPN, au cours du dernier trimestre de chaque année, un rapport sur ses activités de l'année en cours.

Mise en place et rôle de la commission paritaire départementale

La CPD se réunit en tant que de besoin et au minimum deux fois par an.

Le secrétariat est assuré par la CPAM. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevés de décisions, constats éventuels de carence, etc.

La CPD a pour rôle de faciliter l'application de la convention par une concertation permanente sur le plan local entre les caisses et les représentants des orthophonistes.

Elle réunit les informations utiles à la bonne application des règles conventionnelles. Elle est régulièrement informée des conditions générales et individuelles d'application de la convention dans la circonscription des caisses du département concerné. Elle s'efforce en conséquence de régler toute difficulté concernant l'application de la convention.

Elle analyse l'évolution des dépenses d'assurance maladie que lui présentent les caisses, pour leur circonscription concernant les soins dispensés par les orthophonistes et analyse ces dépenses au regard des besoins de santé de la population.

Elle suit, au moins une fois par an, l'activité individuelle des professionnels de sa circonscription.

Elle rend compte périodiquement de ses travaux à la commission paritaire nationale et lui transmet toute étude et proposition qu'elle juge utiles. En cas de désaccord, en particulier, sur l'interprétation des textes de la convention ou de la NGAP, elle interroge la commission paritaire nationale.

La commission paritaire départementale adresse, au cours du dernier trimestre de chaque année, à la commission paritaire nationale, un rapport sur ses activités de l'année en cours.

Les commissaires paritaires, que ce soit au sein des CPD, CPR et CPN, sont désignés par la FNO et ses syndicats régionaux. En tout, près de 700 commissaires paritaires représentent tous les orthophonistes au sein des commissions paritaires. Ils peuvent être sollicités par tout orthophoniste libéral rencontrant des difficultés dans ses relations avec l'Assurance maladie.

4. La démographie

Zonage

Une nouvelle méthodologie de zonage a été mise en place pour se rapprocher du principe d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL). Il tient compte à la fois du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et des sollicitations en matière de soins des habitants, différenciées par âge, pour mesurer la demande. Cet indicateur est local, c'est-à-dire qu'il est calculé au niveau de chaque commune mais il considère aussi l'offre de médecins et la demande des communes environnantes.

Le découpage des zones est défini en référence à une unité territoriale à l'échelle du bassin de vie – BV (plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services de la vie courante). Ces bassins de vie ne correspondent pas strictement aux limites départementales. Les unités urbaines de plus de 30.000 habitants sont découpées en pseudo-cantons - PC.

La méthodologie s'appuie sur une densité pondérée standardisée, calculée en rapportant pas BV ou PC le nombre d'orthophonistes libéraux à la population du BV/PC (selon le recensement de 2013).

Le nombre d'orthophonistes est exprimé en équivalent temps plein (ETP), calculé en fonction des honoraires en AMO réalisés par professionnel dans l'année.

L'activité de chaque orthophoniste est rapportée à la médiane (50 727 €/an en 2016) et ne peut excéder 1,7 ETP. Seule l'activité libérale des orthophonistes libéraux est prise en compte.

Les orthophonistes âgés de 65 ans et + ne sont pas pris en compte, ni ceux avec une activité très faible (- de 10 000 €/an).

Les orthophonistes installées dans l'année sont comptabilisés pour 1 ETP.

Dans ce calcul est également intégrée la population résidente, standardisée par âge. À partir des honoraires d'orthophonie/par tranche d'âge (0-2 ans, 3-5 ans, 6-10 ans, 11-17 ans, 18-39 ans, 40-59 ans, 60-74 ans et plus de 75 ans).

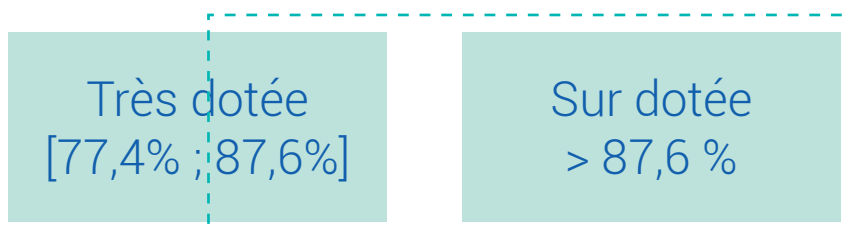
Les zones ainsi identifiées sont classées en 5 niveaux de dotation :

- zones « très sous-dotées », soit 12,4 % de la population française totale pour lesquels l'offre de soins en orthophonie est la plus élevée,
- zones « sous-dotées », soit 10,2 % de la population,
- zones « intermédiaires », soit l'ensemble des zones restantes,
- zones « très dotées », soit 12,5 % de la population,
- zones « sur dotée », 9,1% de la population.

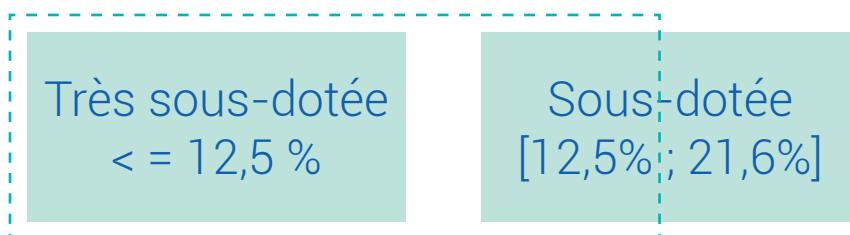
Si les caractéristiques des zones le justifient, les ARS pourront modifier le classement en zones très sous-dotée et sur dotées selon les dispositions définies au niveau national et après concertation avec les URPS et avis de la Commission Paritaire Régionale (depuis l'avenant 16).

Les modulations régionales des zones « sur dotées » :

- si le BV/PC « très doté » fait partie des zones couvrant les 147,4 % de la population française au niveau national pour lesquels la densité est la plus élevée, il peut être reclassé comme « zone sur dotée »,
- la part de la population régionale des « zones dotées » doit rester stable,
- le reclassement de BV/PC en zones « sur dotée » doit engendrer le basculement de BV/PC de zones « sur dotée » en zones « très dotée »,
- la répartition nationale après la modulation régionale conserve 12,4 % de zones « sur dotées ».



Un reclassement des BV/PC en « zones très sous-dotées » est possible pour BV/PC « sous-dotées » s'ils font partie des zones qui couvrent les 17,5 % de la population française pour lesquels la densité est la plus faible.



La parution des arrêtés régionaux est en cours.

Tous les arrêtés publiés sont visibles sur le site de la FNO.

Mesures incitatives

Pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins et garantir une réponse adaptée aux besoins en soins orthophoniques de la population sur l'ensemble du territoire, des dispositifs conventionnels d'incitation à l'installation des orthophonistes ont été signés pour la première fois dans le cadre de l'avenant 13 à la Convention Nationale des Orthophonistes (2012).

Le bilan positif de ces dispositifs qui ont permis une réduction progressive de ces disparités géographiques a permis de les prolonger par l'avenant 15 et de les renforcer dans l'avenant 16 (signé le 18 juillet 2017, paru au JO le 26 octobre 2017).

Ces mesures ne pourront intervenir qu'à la date d'entrée en vigueur de la publication effective du nouveau zonage dans chaque région, (dispositions de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique).

L'Avenant 16 de la convention prévoit la mise en place de 4 nouveaux contrats incitatifs dans les zones très sous-dotées :

- l'aide à la première installation ;
- l'aide à l'installation ;
- l'aide au maintien ;
- le contrat de transition.

Ces contrats vont remplacer les contrats incitatifs antérieurs qui restent en vigueur jusqu'en août 2018 (option aide au maintien, aide à l'installation, aide à l'installation majorée).

L'aide à la première installation

Article 3.2.1.2 de la Convention

Ce contrat est proposé aux orthophonistes libéraux s'installant dans une zone « très sous-dotée » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique et sollicitant pour la première fois leur conventionnement auprès de l'assurance maladie. Il peut être signé que l'on soit collaborateur ou associé.

Pour un même orthophoniste, le contrat d'aide à la première installation n'est cumulable ni avec le contrat de transition défini à l'article 3.2.1.4 du présent texte, ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.2.1.3 du présent texte, ni avec le contrat d'aide à l'installation défini à l'article 3.2.1.1.

Ce contrat est d'une durée de cinq ans.

◆ **En adhérant au contrat, l'orthophoniste s'engage**

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévu à l'article 29 du présent texte ;
- à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans la zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50 % de son activité dans la zone « très sous-dotée » en ayant un honoraire moyen annuel de plus de 5 000 € sur la zone ;
- en cas d'exercice individuel, à recourir, autant que possible, à des orthophonistes remplaçants, assurant la continuité des soins en son absence.

◆ **Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé**

L'orthophoniste adhérant au contrat bénéficie :

- d'une participation forfaitaire de l'assurance maladie au titre de l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (véhicule...) et au titre de la prise en charge des cotisations sociales du risque allocations familiales de 30 000 euros.

Cette aide est versée de la manière suivante :

- ◆ 12 750 euros versés à la date de signature du contrat ;
- ◆ 12 750 euros versés avant le 30 avril de l'année civile suivante ;

- et ensuite les trois années suivantes 1 500 euros par année versés avant le 30 avril de l'an-

née civile suivante. Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

L'aide à l'installation

Article 3.2.1.1 de la convention

Ce contrat est proposé aux orthophonistes libéraux conventionnés s'installant dans une zone « très sous-dotée » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique. Pour un même orthophoniste, le contrat d'aide à l'installation n'est cumulable ni avec le contrat de transition défini à l'article 3.2.1.4 du présent texte, ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.2.1.3 du présent texte, ni avec le contrat d'aide à la première installation défini à l'article 3.2.1.2.

Ce contrat est d'une durée de cinq ans.

Un orthophoniste ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à l'installation.

◆ Engagements de l'orthophoniste

En adhérant au contrat, l'orthophoniste s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévu à l'article 29 du présent texte ;
- à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans la zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50 % de son activité dans la zone « très sous-dotée » en ayant un honoraire moyen annuel de plus de 5 000 € sur la zone ;
- en cas d'exercice individuel, à recourir, autant que possible, à des orthophonistes remplaçants, assurant la continuité des soins en son absence.

À titre optionnel, l'orthophoniste peut également s'engager à exercer les fonctions de maître de stage prévues à l'article D. 4341-7 du code de la santé publique et à accueillir en stage un étudiant en orthophonie.

◆ Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

L'orthophoniste adhérant au contrat bénéficie :

- d'une participation forfaitaire de l'assurance maladie au titre de l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (véhicule...) et au titre de la prise en charge des cotisations sociales du risque allocations familiales de 19 500 euros.

Cette aide est versée de la manière suivante :

- ◆ 7 500 euros versés à la date de signature du contrat ;
 - ◆ 7 500 euros versés avant le 30 avril de l'année civile suivante ;
- et ensuite les trois années suivantes, 1 500 euros par année versés avant le 30 avril de l'année civile suivante.

- L'orthophoniste adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 150 euros par mois (pendant la durée de stage) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir un étudiant stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées aux articles D. 4341-7 et suivants du code de la santé publique. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

L'aide au maintien

Article 3.2.1.3 de la convention

Ce contrat est proposé aux orthophonistes libéraux conventionnés installés dans une zone « très sous-dotée » telle que définie au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Pour un même orthophoniste, le contrat d'aide au maintien n'est pas cumulable ni avec le contrat de transition défini à l'article 3.2.1.4 du présent texte, ni avec le contrat d'aide à l'installation défini à l'article 3.2.1.1 du présent texte, ni avec le contrat d'aide à la première installation défini à l'article 3.2.1.2

Ce contrat est d'une durée de trois ans et renouvelable par tacite reconduction.

◆ **Engagements de l'orthophoniste**

En adhérant au contrat, l'orthophoniste s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévu à l'article 29 du présent texte ;
- à exercer pendant une durée minimale de trois ans dans la zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50 % de son activité dans la zone « très sous-dotée » en ayant un honoraire moyen annuel de plus de 5 000 € sur la zone ;
- en cas d'exercice individuel, à recourir autant que possible à des orthophonistes remplaçants, assurant la continuité des soins en son absence.

À titre optionnel, l'orthophoniste peut également s'engager à exercer les fonctions de maître de stage prévues à l'article D. 4341-7 du code de la santé publique et à accueillir en stage un étudiant en orthophonie.

◆ **Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé**

L'orthophoniste bénéficie d'une aide forfaitaire de 1 500 € par an au titre de la prise en charge des cotisations sociales du risque allocations familiales. Elle est versée au titre de chaque année avant le 30 avril de l'année civile suivante.

L'orthophoniste adhérant au présent contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 150 euros par mois (pendant la durée du stage) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir un étudiant stagiaire à temps plein pendant la durée de

son stage de fin d'études dans les conditions précisées aux articles D. 4341-7 et suivants du code de la santé publique. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Le contrat de transition

Article 3.2.1.4 de la convention

Ce contrat a pour objet de soutenir les orthophonistes installés au sein des zones très sous-dotées prévues à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, préparant leur cessation d'exercice et s'engageant à accompagner pendant cette période de fin d'activité un orthophoniste nouvellement installé dans leur cabinet.

Cet accompagnement se traduit notamment par un soutien dans l'organisation, la gestion du cabinet et la connaissance de l'organisation des soins sur le territoire.

Le contrat de transition est proposé aux orthophonistes remplissant les conditions cumulatives suivantes :

1. être installé dans une zone très sous-dotée telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique,
2. exercer une activité libérale conventionnée,
3. être âgé de 60 ans et plus,
4. accueillir au sein de son cabinet (en tant qu'associé, collaborateur libéral,...) un orthophoniste qui s'installe dans la zone (ou un orthophoniste nouvellement installé dans la zone depuis moins d'un an), âgé de moins de 50 ans et exerçant en exercice libéral conventionné.

Un orthophoniste ne peut signer simultanément deux contrats avec deux ARS ou avec deux caisses différentes. Pour un même orthophoniste, le contrat de transition n'est pas cumulable ni avec le contrat d'aide à l'installation défini à l'article 3.2.1.1 du présent texte, ni avec le contrat d'aide à la première installation défini à l'article 3.2.1.2, ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.2.1.3

◆ Engagements de l'orthophoniste dans le contrat de transition

En adhérant au contrat de transition, l'orthophoniste s'engage à accompagner son confrère nouvellement installé dans son cabinet pendant une durée d'un an dans toutes les démarches liées à l'installation en exercice libéral et à la gestion du cabinet.

Le contrat peut faire l'objet d'un renouvellement pour une durée maximale d'un an en cas de prolongation de l'activité de l'orthophoniste adhérant au-delà de la durée du contrat initial dans la limite de la date de cessation d'activité de ce dernier.

◆ Engagements de l'assurance maladie dans le contrat de transition

L'orthophoniste adhérant au contrat bénéficie chaque année d'une aide à l'activité corres-

pondant à 10 % des honoraires tirés de son activité conventionnée (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) dans la limite d'un plafond de 10 000 euros par an.

Le montant dû à l'orthophoniste est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion de l'orthophoniste au contrat. Le versement des sommes dues est effectué avant le 30 avril de l'année civile suivante.

En cas de résiliation anticipée du contrat, le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation, est effectué au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Ces contrats peuvent être signés quel que soit le mode d'exercice en zone très sous-dotée (collaborateur ou titulaire), le type d'exercice (exercice isolé, en association, en MSP...). Les remplaçants ne sont pas concernés car ils prennent la situation conventionnelle du remplacé. Les CIO peuvent être signés de façon rétroactive pendant 1 an après l'installation pour les contrats d'aide à l'installation et à la première installation. Les contrats ne sont pas cumulables entre eux.

Une rémunération complémentaire pour les maîtres de stage en zones très sous-dotées : les orthophonistes installés en zone très sous-dotée ayant signé un contrat incitatif orthophoniste d'installation ou de maintien, peuvent percevoir une rémunération complémentaire pour accueillir des stagiaires. Elle est perçue pour l'accueil d'un étudiant en dernière année de formation dans un CFUO pour un stage à temps plein. Son montant : 150 € par mois.

Les commissaires paritaires de votre département et de votre région sont vos interlocuteurs privilégiés sur ce sujet.

Dispositifs communs aux contrats incitatifs orthophonistes

◆ Modulation possible par l'Agence régionale de santé du contrat type régional

L'agence régionale de santé peut décider de majorer les aides forfaitaires à l'installation, à la première installation, au maintien, à la transition ainsi que les aides pour l'accueil de stagiaires pour les orthophonistes adhérant aux contrats incitatifs orthophonistes exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en offre de soins en orthophonie parmi les zones très sous-dotées telles que prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du Code de la Sécurité sociale.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20 % des zones « très sous-dotées ».

Cette majoration ne peut excéder 20 % du montant des aides définies dans les différents contrats types annexés au présent texte.

C@rtosanté

C@rtosanté est un outil d'aide à la décision. Il permet d'observer et de suivre la situation des professionnels de santé et de la population sur les territoires, en regroupant l'ensemble des informations nécessaires à la compréhension et à la représentation des problématiques de demande et d'offre de soins de 1^{er} recours sur une échelle territoriale donnée.

C@rtosanté est un outil qui permet d'aider les professionnels de santé quand ils choisissent leur lieu d'installation. Il existe depuis 11 ans et il est développé par les ARS.

Les données concernant les orthophonistes ont été mises en ligne à la fin du mois de novembre 2017.

C@rtosanté permet de répondre à des questions telles que : est-il opportun de m'installer dans cette zone ? Quel profil de patientèle vais-je rencontrer ? L'agglomération ou le bassin de vie dans lequel je souhaiterais m'installer sont-ils assez pourvus en professionnels de santé ?

Les zonages des médecins généralistes, des infirmiers, des chirurgiens-dentistes, des masseurs-kinésithérapeute et des orthophonistes y sont répertoriés.

Le site : <http://cartosante.atlasante.fr>

5. La protection sociale des Praticiens Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC)

	Allocations familiales et autres contributions	Maladie-Maternité	Retraite
Droits	Prestations familiales servies par les caisses d'allocations familiales	Remboursement des frais de soins Allocations maternité, paternité, Adoption Capital décès	Retraite de base Retraite complémentaire Incapacité à compter du 91 ^e jour d'arrêt Invalidité Capital décès
Interlocuteurs	Urssaf pour les cotisations et Caf pour les prestations	Urssaf pour les cotisations et CPAM pour les prestations	Carpimko
Cotisations et contributions	Allocations familiales CSG (contribution sociale généralisée) CRDS (contribution pour le remboursement de la dette sociale) Curps (contribution aux unions régionales des professionnels de santé) CFP (contribution à la formation professionnelle)	Maladie, maternité	Assurance vieillesse Invalidité Décès

Tableau des cotisations sociales dues par les auxiliaires médicaux (1^{er} janvier 2018)

Assiette et taux des cotisations

Cotisation	Base de calcul	Taux
Maladie	Sur les revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires	6,50 % (dont 0,10 % à votre charge et 6,40 % à la charge de la CPAM)
	Sur les revenus conventionnés en dépassements d'honoraires et sur les revenus non conventionnés	6,50 % Contribution additionnelle de 3,25 %
Allocations familiales*	Sur les revenus d'activité non salariée (hors contrat incitatif)	Taux variable*
CSG/CRDS	Montant du revenu professionnel + cotisations sociales obligatoires	9,70 %
	Sur les revenus de remplacement que sont l'allocation forfaitaire de repos maternel, l'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité maternité, l'indemnité de congé paternité et l'indemnité de remplacement maternité	6,70 %
Contribution à la formation professionnelle	Sur la base de 39 228 € (plafond annuel SS 2017)	0,25 % soit 98 € pour 2017 exigible en février 2018
	Sur la base de 39 732 € (plafond annuel SS 2018)	La CFP 2018 sera appelée en novembre 2018
Contribution aux Unions régionales des professionnels de santé (CURPS)	Sur l'ensemble du revenu d'activité non salariée	0,10 % dans la limite de 199 €

* Taux variable des cotisations d'allocations familiales

- 0 % pour les revenus inférieurs à 43 705 € (110 % du plafond de la Sécurité Sociale).
- 3,1 % pour les revenus supérieurs à 55 625 € (140 % du plafond de la Sécurité Sociale).
- Taux progressif entre 0 % et 3,1 % pour les revenus compris entre 43 705 € et 55 625 €.

Prestations CPAM Maladie-Maternité

Vous pouvez bénéficier :

- du remboursement de vos frais de santé (frais médicaux, frais d'hospitalisation et de produits pharmaceutiques) en cas de maladie, d'accident ou de maternité (mêmes conditions et taux de remboursement que n'importe quel autre assuré) ;
- du versement d'indemnités ou d'allocations spécifiques en cas de congé maternité, congé paternité/accueil de l'enfant, congé d'adoption ou d'arrêt du travail en raison de difficultés médicales liées à la grossesse ;
- d'un capital décès.

Vous ne pouvez pas bénéficier :

- du versement d'indemnités journalières en cas de maladie.
- de prestations invalidité.
- de prestations liées aux risques professionnels (*accidents* du travail, accidents de trajet domicile/travail et maladies professionnelles).

Attention : un arrêt de travail n'est pas à adresser à la CPAM puisqu'aucune indemnité journalière n'est prévue pour les praticiens conventionnés.

Prestations MATERNITÉ

L'allocation forfaitaire de repos maternel

Versée sans condition de cessation d'activité.

Son montant est égal au montant du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur, soit **3 311 €** au 1^{er} janvier 2018.

L'allocation forfaitaire de repos maternel est versée en deux fois : à la fin du 7^e mois de grossesse et après l'accouchement, mais elle peut cependant être versée en une seule fois si l'accouchement a lieu avant la fin du 7^e mois de grossesse.

En cas d'adoption, l'allocation est égale à la moitié du plafond de la sécurité sociale soit **1 655 €** versés à l'arrivée de l'enfant dans la famille.

L'indemnité journalière forfaitaire

L'indemnité journalière forfaitaire est versée à condition **de cesser toute activité professionnelle** pendant au moins huit semaines, dont deux avant l'accouchement.

Son montant journalier est égal à 1/60,84 du montant du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur, soit **54,43 €** au 1^{er} janvier 2018.

En cas d'adoption, l'indemnité journalière ne peut être versée que pour la période d'interruption d'activité se situant après l'arrivée de l'enfant.

Durée du congé maternité

La durée du congé maternité varie selon le nombre d'enfants attendus et déjà à charge.

Situation de l'assurée	Durée du congé prénatal (1)	Durée du congé postnatal	Durée totale du congé maternité
Attente d'un enfant avec moins de deux enfants à charge effective et permanente	6 semaines	10 semaines	16 semaines
Attente d'un enfant avec déjà au moins deux enfants à votre charge effective et permanente (2)	8 semaines	18 semaines	26 semaines
Vous attendez des jumeaux (3)	12 semaines	22 semaines	34 semaines
Vous attendez des triplés ou plus	24 semaines	22 semaines	46 semaines

(2) possibilité d'avancer le début du congé prénatal de deux semaines maximum. Dans ce cas, la durée du congé postnatal sera réduite d'autant.

(3) possibilité d'avancer le début du congé prénatal de quatre semaines maximum. Dans ce cas, la durée du congé postnatal sera réduite d'autant.

Cas particuliers

En cas d'accouchement prématuré de plus de six semaines : possibilité de bénéficier d'une indemnisation supplémentaire si enfant est hospitalisé. Cette période d'indemnisation supplémentaire s'étend de la date réelle de l'accouchement jusqu'au début du congé prénatal.

Si l'enfant reste hospitalisé au-delà de la sixième semaine suivant sa naissance : possibilité d'interrompre le congé maternité, de reprendre son travail et de reporter le reliquat du congé postnatal à la date de fin de cette hospitalisation.

En cas d'état pathologique résultant de la grossesse : une période supplémentaire de congé, n'excédant pas deux semaines, peut être accordée au cours de la période prénatale dès lors que grossesse déclarée. Le congé pathologique doit être médicalement prescrit.

À noter :

- le congé pathologique peut être prescrit en une fois ou en plusieurs fois, mais dans la limite de 2 semaines maximum ;
- le congé pathologique ne peut pas être reporté sur la période postnatale.

Arrêt maladie en rapport avec des difficultés liées à la grossesse (décret 2014-900) à différencier de l'état pathologique résultant de la grossesse.

Prise en compte d'un arrêt de 90 jours consécutifs dont 3 jours de carence pour une indemnité journalière de **44,34 €** au 1^{er} janvier 2018.

Grossesse pathologique liée à l'exposition in utero au DES (décret 2006-773)

Conditions particulières permettant de bénéficier d'un congé maternité dès le premier jour d'arrêt de travail.

En cas d'exercice mixte

Il est possible de cumuler les indemnités maternité du régime salarié avec celles du régime des praticiens conventionnés.

Cette disposition concerne les professionnels libéraux exerçant à titre principal* leur activité libérale à condition que les conditions d'ouverture de droits soient requises dans chacun des deux régimes.

Pour l'exercice libéral : avoir acquitté la totalité de ses cotisations au 1^{er} octobre de l'année précédente ou avant le 31 décembre de la même année.

Pour l'exercice salarié : être immatriculée depuis 10 mois à la date prévue de l'accouchement et devez avoir également cotisé sur 1015 fois le SMIC horaire au cours des 6 mois civils précédant le début de l'arrêt de travail ou avoir occupé un emploi salarié au moins de 150 heures au cours des trois mois civils précédents.

**Activité salariée inférieure à 1200 heures et revenus de l'exercice conventionné supérieur à ceux de l'activité salariée*

Plus d'informations sur l'exercice mixte ici.

Prestations PATERNITÉ

La notion de paternité est étendue au fait de ne pas être le père de l'enfant mais de vivre maritalement avec la mère de l'enfant.

Durée du congé

- # 11 jours consécutifs au plus pour la naissance d'un enfant,
- # 18 jours consécutifs au plus en cas de naissances multiples.

Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant doit débuter dans un délai de 4 mois après la naissance de l'enfant.

En cas d'hospitalisation de l'enfant au-delà de la 6^e semaine après sa naissance, possibilité pour le père de demander le report du congé de paternité à la fin de l'hospitalisation.

L'indemnité journalière forfaitaire

Possibilité de percevoir une indemnité journalière forfaitaire pendant la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant sous réserve de cesser toute activité professionnelle.

L'indemnité journalière forfaitaire est égale à 1/60,84 du montant du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur, soit **54,43 €** au 1^{er} janvier 2018.

Naissance simple	11 jours	598,73 €
Naissances multiples	18 jours	979,74 €

Prestations Carpimko INCAPACITÉ, INVALIDITÉ-DÉCÈS

Cotisation forfaitaire obligatoire fixée à **663 €** en 2018 octroyant les mêmes droits pour tout affilié.

Incapacité

En cas d'incapacité totale de travail pour cause de maladie ou d'accident, versement d'une allocation journalière d'inaptitude dont le montant est fixé chaque année (**49,72 €** en 2018). Cette allocation est versée à partir du 91^e jour d'arrêt et jusqu'au 365^e jour d'arrêt.

Majoration journalière pour conjoint, enfant ou descendant à charge : **9,04 €**

Majoration journalière pour tierce personne : **18,08 €**

Invalidité

À compter du 366^e jour d'arrêt, en cas d'invalidité partielle, versement d'une rente invalidité partielle **trimestrielle** d'un montant de **2 260 €** si l'incapacité entraîne une réduction des deux tiers de l'activité et si les revenus professionnels sont inférieurs à un plafond fixé par le conseil d'administration.

À compter du 366^e jour d'arrêt, en cas d'invalidité totale, versement d'une rente invalidité totale **trimestrielle** d'un montant de **4 520 €** pouvant être majorée pour conjoint à charge, tierce personne, enfant ou descendant à charge (complément trimestriel de **1 356 €**).

Décès

Un **capital** est versé au conjoint survivant non divorcé ou non séparé de droit ou de fait.

18 080 € (conjoint sans enfant)

27 120 € (conjoint avec un ou plusieurs enfants à charge)

9 040 € (enfants, ascendants à charge en l'absence de conjoint)

Le conjoint survivant non divorcé ou non séparé perçoit également une rente de survie trimestrielle (**2 260 €**). Une rente-éducation trimestrielle est également versée à chaque enfant de moins de 18 ans à charge de l'affilié (**1 695 €** en 2018). Cette rente peut être maintenue si l'enfant poursuit ses études au-delà de 18 ans et ce, jusqu'à 25 ans ou au-delà si l'enfant est déclaré inapte au travail.

Des majorations étant prévues pour enfant(s) à charge, bien penser à transmettre à la Carpimko un extrait d'acte de naissance pour chacun d'entre eux.

Par ailleurs, vous pouvez adresser vos différents arrêts de travail à la Carpimko même si ces derniers ne correspondent pas à une interruption d'activité de 90 jours. En effet, des arrêts non consécutifs en lien avec le même problème de santé mais atteignant en cumulés les 90 jours d'arrêt peuvent sous certaines conditions permettre le déclenchement de l'indemnisation pour inaptitude.

Prestations ALLOCATIONS FAMILIALES

- compensation des charges familiales proprement dites (naissance, enfants à charge, garde d'enfant, rentrée scolaire...);
- prestations relatives au handicap, à l'isolement, au logement, à la précarité.

Droits similaires aux salariés même si les textes régissant ces droits ne sont pas toujours pleinement adaptables à l'exercice libéral. Nous retiendrons notamment les incidences du **congé parental (Prestation Partagée d'Éducation de l'enfant)**.

Incidences congé parental

Depuis le 1er janvier 2015, la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) se substitue au complément de libre choix d'activité (Clca) pour tous les enfants nés, adoptés ou recueillis en vue d'adoption à partir de cette date.

Les conditions particulières exigées n'offrent pas, pour le professionnel libéral qui serait amené à faire un tel choix en cessant son activité, les garanties suffisantes de sécurité, tant durant le congé qu'à son terme.

◆ **une radiation du professionnel les auprès de son organisme de retraite**

La Carpimko, caisse de retraite des auxiliaires médicaux englobe également un régime spécifique invalidité-décès non dissociable.

Il est alors facile d'imaginer les conséquences financières d'une telle radiation si le professionnel se retrouve, pour des raisons médicales, dans l'impossibilité de reprendre son activité à l'issue de son congé parental.

Paradoxalement, ce même professionnel reste, vis-à-vis de l'Assurance Maladie, un praticien et un praticien qui cotise.

◆ **l'absence de revenus**

Un cabinet n'a de raison de perdurer que si la poursuite des soins est confiée à un collègue remplaçant.

Dans le suivi législatif « PAJE », nous ne retrouvons pas d'éléments permettant d'assurer que les honoraires rétrocédés par le remplaçant et destinés à couvrir les frais de fonctionnement du cabinet mis à sa disposition, ne sont pas assimilés à des revenus pour le professionnel répondant pourtant aux exigences de cessation d'activité.

Opter pour la prestation partagée d'éducation de l'enfant à titre partiel pourrait permettre la poursuite d'une activité libérale même minime écartant de fait une radiation auprès de la Carpimko.

Toutefois, la rémunération mensuelle prise en compte est égale au revenu professionnel tel que retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu divisé par le nombre de mois d'activité.

Certain(e)s collègues ayant fait ce choix se sont vues contraintes de rembourser les sommes allouées par la Caisse d'Allocations Familiales au motif que les revenus de l'année dépassaient les barèmes fixés alors que les mois concernés par le complément de libre choix d'activité à l'époque ne faisaient pas apparaître ce dépassement.

Une demande d'aménagement du suivi législatif du congé parental a été à nouveau présentée au ministère en charge du dossier afin de permettre aux professionnels libéraux de bénéficier d'une mesure compatible avec la suspension ou la diminution de leur activité professionnelle pour élever leurs jeunes enfants.

Assurances - Protection prévoyance de la vie professionnelle

Que souscrire pour pouvoir faire face aux aléas de la vie professionnelle ? Tout au long d'un partenariat débuté en 1981 avec Assistance et Prévoyance, la FNO a défini les contours des différents contrats de prévoyance de la vie professionnelle.

Les risques affectant les ressources

La prévoyance professionnelle complémentaire consiste à protéger la personne contre les risques qui peuvent perturber sa capacité à maintenir les revenus de son travail.

Pour l'orthophoniste exerçant à titre libéral, les événements susceptibles de se produire peuvent atteindre :

L'outil de travail

Assurance Cabinet Professionnel

Les atteintes à l'outil de travail sont constituées en partie de dommages matériels du type incendie, dégâts des eaux, foudre, explosion, catastrophes naturelles, etc.

L'assurance du cabinet prend en considération un certain nombre de situations bien précisées dans les conditions d'assurances, mais est susceptible de ne pas intervenir dans certaines situations particulières.

C'est donc dans les termes de « situations particulières » que la vigilance devra être accrue.

Attention : il n'est pas entièrement juste de penser que le statut de remplaçant ou de collaborateur dispense d'assurance. Dans les locaux mis à disposition par l'orthophoniste titulaire, le remplaçant ou le collaborateur vont peut-être utiliser du matériel informatique personnel. Il sera utile de se voir préciser par l'assurance si le matériel se trouvant dans les locaux du titulaire est bien pris en charge, et ce, bien qu'il ne lui appartienne pas.

Assurance Perte d'exploitation

Aux côtés des dommages matériels, les conséquences financières liées à l'impossibilité de travailler dans le cabinet, à l'obligation de rechercher un cabinet provisoire dans l'attente de la réalisation de travaux ne doivent pas être sous-estimées.

À titre d'exemple, les regrettables événements tels que l'explosion de l'usine AZF à Toulouse ou les fréquentes inondations nous incitent à rappeler que le contrat d'assurance du cabinet n'intervient pas dans la prise en compte de ces frais. **Une assurance spécifique « perte d'exploitation » doit être souscrite et est, à ce jour, encore trop souvent négligée.**

Là encore, en matière de « perte d'honoraires », il faudra bien veiller aux situations assurées. Nous pensons particulièrement au cas de cabinets sortis « indemnes » de ces catastrophes mais n'étant plus « fréquentés » à cause de patients eux-mêmes sinistrés.

N'oublions pas l'hypothèse d'une impossibilité de travailler, différée par rapport à la date effective du sinistre, en raison d'un report des travaux lié à l'indisponibilité des entrepreneurs.

Un examen analogue mérite d'être effectué pour les pertes d'honoraires des collaborateurs ou remplaçants selon la terminologie des organismes d'assurance. **La garantie « perte d'exploitation » a-t-elle été souscrite par l'orthophoniste du cabinet et dans cette hypothèse, la garantie va-t-elle profiter à l'orthophoniste remplaçant ou collaborateur ?**

Enfin, il sera utile de s'assurer qu'une indemnisation pour diminution d'activité est possible.

Le praticien lui-même

Au-delà de l'outil de travail comme moyen de subsistance, la faculté de « gagner sa vie » reste très conditionnée par l'état de santé du praticien lui-même.

Si la Carpimko prévoit déjà des garanties obligatoires, le montant de ces garanties et la franchise importante (90 jours pour l'indemnité journalière) rend nécessaire le recours à la « prévoyance volontaire ».

Complémentaire Prévoyance (vivement conseillée)

Les garanties habituelles de base sont au nombre de trois :

- garantie décès,
- garanties indemnités journalières,
- garanties invalidité.

Il arrive très fréquemment que ces trois garanties soient liées (une indemnité journalière importante entraîne une garantie décès importante).

D'autres garanties peuvent toutefois s'ajouter (exemple du capital invalidité).

Pour déterminer les garanties à souscrire, il est important que chacun puisse dresser un profil correspondant à sa propre situation.

- Mon revenu professionnel est-il indispensable à la cellule familiale ?
- Quel est le revenu brut du cabinet ? (le montant aidera à déterminer la base de l'indemnité en cas d'arrêt de travail).
- En cas d'invalidité (exercice professionnel totalement ou partiellement impossible), quels sont les besoins qu'il convient de couvrir ?
- En cas de décès, existe-t-il, dans la cellule familiale, des besoins particuliers à couvrir (études des enfants, engagements financiers assurés ou non,...) ?

Ce profil déterminé, il convient ensuite de trouver les garanties d'assurance dont le montant couvre au mieux ces besoins.

Parallèlement à l'intérêt porté sur la franchise en cas d'arrêt de travail temporaire (indemnités journalières), il conviendra d'accorder une attention toute particulière sur le vrai problème qui se pose avec « l'invalidité ». Une confusion subsiste en effet entre « capacité à exercer une activité rémunératrice » et l'exercice de l'activité professionnelle précise de l'assuré.

Il importe donc de savoir ce que l'organisme d'assurance entend assurer.

La réponse se trouve toujours dans les conditions écrites de l'assurance. « droit commun », « invalidité fonctionnelle », « barème croisé », « barème contractuel des taux d'invalidité »... sont des termes destinés à préciser les conditions de prise en charge de l'organisme d'assurance et signifient clairement que **les indemnités prévues en cas d'invalidité ne seront pas versées si l'orthophoniste qui ne peut plus exercer son activité professionnelle précise se trouve néanmoins dans un état physique lui permettant d'exercer une autre activité.**

Il sera donc judicieux de trouver un régime d'assurance de prévoyance dont la garantie d'invalidité est définie par rapport à l'exercice professionnel de l'orthophoniste.

D'autres points ne doivent pas être écartés...

- Des indemnités partielles seront-elles versées lors d'une activité professionnelle diminuée ?
- L'arrêt de travail « normal » consécutif à une maternité ouvre-t-il droit à des indemnités ?
- Existe-t-il des risques de résiliation ?
- Ma cotisation peut-elle augmenter en fonction des arrêts de travail déclarés ?
- Quels sont les délais d'attente avant de pouvoir percevoir mes indemnités ?
- Suis-je exonéré de cotisations pendant les périodes de versement des prestations d'incapacité ou d'invalidité ? Si oui, à partir de quand ?
- Pendant combien de temps puis-je percevoir des indemnités journalières ?
- Mon contrat exclut-il certaines causes d'incapacité, d'invalidité ou de décès ?
- Capital décès : suis-je couvert quelle que soit la cause du décès ?
- L'avenir de mes proches est-il suffisamment pris en compte ?

Quelle que soit la situation de chacun, nous ne pouvons que souligner l'intérêt de souscrire à ce type d'assurance le plus tôt possible et ce, à deux titres.

D'une part, les organismes d'assurance excluent généralement de leurs garanties tous les problèmes de santé manifestés avant l'adhésion. D'autre part, l'idée nouvelle tendant à se généraliser est de ne pas augmenter les cotisations en fonction des traditionnelles classes d'âge (tarification quinquennale). Une tarification retenant la notion de l'âge uniquement au moment de la souscription sans autre évolution tarifaire que celle liée à l'indexation sur le coût de la vie devrait inciter chaque jeune professionnel à souscrire une complémentaire prévoyance même minime.

Les risques affectant les biens

S'il convient de se protéger des risques affectant les ressources, il ne faut surtout pas oublier ceux qui remettraient en cause l'équilibre financier par une situation de dépenses imprévues

L'orthophoniste peut donc voir compromis l'équilibre entre ses revenus professionnels et ses dépenses par la survenue d'un risque qui entraînerait de lourdes dépenses, d'abord de procédures puis de réparation du dommage causé.

Responsabilité Civile Professionnelle (obligatoire)

Penser à assurer les conséquences des dommages causés dans le cadre de son activité professionnelle doit être la première préoccupation de tout orthophoniste en exercice

L'objet de cette assurance consiste à prendre en charge les conséquences d'événements dont la responsabilité peut incomber à l'orthophoniste (lunettes ou prothèse du patient cassées, séquelles suite à une chute du patient ou d'un accompagnant,...).

Le contrat d'assurance de Responsabilité Civile Professionnelle prend à sa charge les indemnités dues ou défend l'assuré si la réclamation n'est pas fondée.

Cette assurance est étendue jusqu'aux problèmes de télétransmission qui, en application de la législation, engagent la responsabilité du praticien.

Si cette Responsabilité Civile Professionnelle doit être souscrite individuellement, son extension peut être prévue pour le remplaçant du titulaire ayant déjà souscrit à cette garantie. Le remplaçant devra toutefois être enregistré nominativement. Aussi, titulaire et remplaçant devront se rapprocher de la compagnie d'assurance pour manifester leur accord afin de bénéficier des garanties souscrites par le remplacé.

Des conditions particulières d'assurance croisée, dite in solidum, devront être envisagées dans le cas des associations, afin d'éviter les mises en cause de chaque associé pour un fait survenu dans les communs (salle d'attente, escalier). Si une personne morale, société civile de moyens par exemple, existe, il conviendra également de prévoir l'inclusion d'une garantie spécifique.

Protection juridique (vivement conseillée)

Certains litiges n'entrent pas dans le cadre de l'assurance responsabilité civile professionnelle et dans ce cas, les actions en défense et recours devront être prises en charge par la protection juridique professionnelle

Dans la situation où l'orthophoniste subit le dommage, le contrat d'assurance de Responsabilité Civile ne va généralement pas intervenir. Pour combler cette carence, la profession dispose d'un contrat « protection juridique » spécifique, à adhésion individuelle et volontaire.

Contrairement à la Responsabilité Civile Professionnelle, aucune extension n'est prévue pour le remplaçant du titulaire ayant déjà souscrit à cette garantie.

L'assurance de protection juridique orthophoniste intervient comme une **assistance**, pour informations et conseils et comme une **assurance**, pour prendre en charge les frais d'avocat et autres frais de justice en cas de contentieux.

Ainsi, selon les termes du contrat d'assurance, l'assistance en Protection Juridique va pouvoir intervenir avant même que ne survienne le litige pour faire face à certaines situations professionnelles où les droits de l'assuré sont susceptibles de ne pas être respectés.

C'est l'éventuelle survenance de ce litige qui permettra l'intervention des garanties d'assurance de protection juridique.

Dans ce cas, réclamer, se défendre, étayer une argumentation, mener une action judiciaire a un coût parfois très élevé (expertises, procédures, avocats, ...).

D'autre part, une procédure lourde et coûteuse n'est pas toujours maîtrisable : un conflit d'intérêts, une action contentieuse, peuvent être subis car imposés par la partie adverse dont la ténacité peut entraîner l'orthophoniste malgré lui dans des frais considérables...

L'assurance croisée en cas de cabinet de groupe

Ce type de contrat a l'avantage de protéger le professionnel, ses héritiers, le ou les associés restants.

Ce contrat a pour but d'assurer, en cas de décès ou d'invalidité, la transmission du cabinet à l'associé restant qui est alors libre du choix du successeur éventuel. Le montant de l'assurance souscrite en fonction de la valeur estimée du cabinet est versé par engagement contractuel aux héritiers ou au professionnel invalide.

Prestations Carpimko pour la retraite

La Carpimko aujourd'hui

La Carpimko est l'une des dix sections professionnelles de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales, instituée par l'article R 641.1 du Code de la sécurité sociale.

Son fonctionnement est contrôlé par les ministères de la Santé et des Solidarités, de l'économie et des Finances, ainsi que par la Cour des comptes.

Elle est gérée par un conseil d'administration élu par ses affiliés. Ce conseil, composé de vingt-deux membres titulaires et vingt-deux membres suppléants, est renouvelable par moitié tous les trois ans, les administrateurs étant élus pour six ans. La répartition entre les différents collèges professionnels est faite en proportion du nombre d'affiliés pour chacun d'eux sachant que chaque collège ne peut avoir une représentation inférieure à deux administrateurs titulaires et deux administrateurs suppléants.

Pour le collège des orthophonistes siègent en tant que titulaires Sylvie Arpin et Marie-Anne François avec comme suppléantes respectives Anne-Sophie Hadelier et Patricia Navarro, candidates présentées par la FNO.

Marie-Anne François est l'actuelle présidente de la Carpimko.

La Carpimko gère 3 régimes de retraite, 1 régime de prévoyance et l'aide sociale.

La prochaine élection aura lieu en juin 2019.

Les régimes de retraite

Ce sont des régimes par répartition : les affiliés versent des cotisations qui servent à régler les pensions des retraités qui ont autrefois cotisé à la Carpimko.

◆ le régime de base : La CNAVPL (Caisse Nationale Autonome Vieillesse des Professions Libérales)

La CNAVPL gère le régime de base, la Carpinco ne faisant que collecter les cotisations et verser les pensions.

C'est un régime commun à 10 caisses de retraite :

Le pôle juridique : CRN (notaires), CAVOM (officiers ministériels), CAVEC (experts-comptables), CI-PAV (toutes les professions qui ne vont pas dans les autres caisses et qui appartiennent aux professions libérales).

Le pôle santé : Carpinco (auxiliaires médicaux), CAVP (pharmaciens), Carmf (médecins), CARCDSF (chirurgiens-dentistes et sages-femmes).

Les autres : CAVAMAC (assureurs), CARVP (vétérinaires).

Ces différentes caisses se réunissent 4 fois par an pour des conseils d'administration.

Le bureau comprenant 5 postes se réunit le même nombre de fois.

Il existe aussi différentes commissions : placement, action sociale, prospective, audit... destinées à soumettre des propositions au conseil d'administration.

La CNAVPL a une tutelle, qui est le ministère des affaires sociales. Un membre de la DSS est présent aux conseils d'administration.

Cotisations : depuis 2004, c'est un régime qui attribue des points.

1 Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) = 39 732 euros en janvier 2018

À compter du 1^{er} janvier 2015 :

Deux tranches de revenus appelées T1 et T2

T1 : de 0 à 1 PASS sur laquelle est affecté un taux de 8,23 % avec attribution maximum de 525 points.

T2 : de 0 à 5 PASS sur laquelle est affecté un taux de 1,87 % avec attribution maximum de 25 points ce qui conduit à donner 5 points par PSS (5 points si les revenus atteignent le PASS, 10 points si les revenus atteignent 2 PASS et ainsi de suite jusqu'à 5 PASS).

Modalités de paiement

Depuis 2016 (loi de financement de la sécurité sociale pour 2014), il y a régularisation en N + 1 : la connaissance plus rapide des revenus permettra de régulariser les cotisations dès l'année suivante (en N + 1). Ainsi, dans le courant de l'année 2017, la cotisation 2016 pourra être régularisée sans attendre 2018. La cotisation provisionnelle appelée pour l'année en cours sur le revenu N-2 devra être recalculée sur la base du revenu N-1 lorsque celui-ci sera connu.

Pension

La valeur du point évolue en fonction du montant de l'inflation chaque année. Sa valeur au 1^{er} octobre 2017 est de 0,5672 €.

Le montant de la retraite annuelle correspond à la multiplication du nombre de points par la valeur du point.

Les points obtenus avant 2004 ne peuvent excéder 400/an. (Soit 100/trimestre cotisé). Attention, les affiliés ayant demandé des exonérations avant 2004, quand c'était encore possible auront forcément moins de 400 points pour l'année concernée par cette exonération.

Exonérations

Depuis 2004, les cotisations étant proportionnelles aux revenus, il n'y a plus aucune exonération possible.

L'exonération jeune professionnel(le) a elle aussi disparu. Les deux premières années d'exercice, les cotisations sont prélevées sur un revenu fixé par la tutelle.

Si les revenus ont été dans la réalité différents du chiffre imposé, il y aura une régularisation positive, si l'affilié a trop versé (remboursement du trop-perçu) et une régularisation négative en cas de revenu supérieur à celui fixé (paiement par l'affilié des cotisations non perçues par la Carpimko).

La régularisation se produit un an après l'année concernée.

Elle existe aussi pour les professionnels plus anciennement installés et qui pour diverses raisons peuvent avoir des revenus fluctuants.

En cas de difficultés de paiement, et avant application de majorations de retard ou pire de l'intervention d'un huissier, n'hésitez pas à contacter la Carpimko, pour obtenir un étalement des paiements.

Durée de cotisation (loi du 20 janvier 2014)

La durée d'assurance requise pour liquider sa retraite à taux plein augmente d'un trimestre tous les trois ans de manière à atteindre 43 ans (contre 42 ans en 2012).

Elle dépend de la date de naissance et non de la date d'effet de la retraite. Elle est donc générationnelle. Elle est calculée tous régimes confondus (pas plus de 4 trimestres par an).

Plus d'informations ici.

Âge de départ en retraite

Il dépend de la date de naissance et a été porté progressivement de 60 à 62 ans pour la borne basse et de 65 à 67 ans pour le départ en retraite à taux plein sans condition de durée de cotisation pour les assurés né après juillet 1951.

À quoi servent vos cotisations ?

Au paiement des retraites

À la compensation nationale : solidarité envers les caisses de retraite des autres régimes de base français qui ont un rapport démographique moins bon que la CNAVPL (moins de 3 cotisants pour un retraité). Cette solidarité coûte de plus en plus chère. Son mode de calcul devrait être revu mais cela ne sera pas forcément à l'avantage de la CNAVPL.

À l'action sociale : aides financières diverses fournies à tous les affiliés (cotisants, retraités, invalides et malades), sur demande des intéressés auprès de la commission recours amiable de la Carpimko.

Au fonctionnement de la CNAVPL (siège, personnels...).

◆ Le régime complémentaire

C'est aussi un régime par points, ce qui est le cas pour la totalité des régimes complémentaires français.

Du côté de la Carpimko, ce régime est provisionné, c'est-à-dire qu'il a accumulé des réserves pour pallier les déficits démographiques futurs.

Deux types de cotisation : une cotisation forfaitaire attributive de 8 points et une cotisation proportionnelle aux revenus de 3 % appliquée uniquement sur les revenus compris entre 25 246 et 166 046 €.

La valeur des points évolue en fonction de l'inflation.

Les bornes d'âge sont 60 et 65 ans.

Le Conseil d'Administration de la Carpimko essaye d'obtenir de rester à 65 ans avec une diminution des coefficients d'abattement si la durée de cotisation n'est pas atteinte et la disparition des abattements si la durée est atteinte.

Montant de la cotisation forfaitaire 2018 : 1 536 €/an.

◆ ASV

C'est un régime par répartition géré par les fédérations professionnelles et l'assurance maladie.

Réformé en 2010, c'est désormais un régime par points dont la valeur dépend de la date d'acquisition.

Deux cotisations : une forfaitaire et une proportionnelle aux revenus.

Les bornes d'âge sont 60 ans et 65 ans pour la retraite à taux plein. Il n'y a pas de conditions de durée d'assurance dans ce régime.

Spécificité : prise en charge par l'Assurance maladie des 2/3 de la cotisation forfaitaire et de 60 % de la cotisation proportionnelle.

Montant de la cotisation forfaitaire 2018 : 192 €/an. La cotisation totale est de 576 €, l'Assurance maladie prend en charge 384 €.

◆ RID ou régime invalidité décès

C'est un régime de prévoyance obligatoire prenant en charge l'inaptitude (indemnités journalières à compter du 91^e jour d'arrêt), l'invalidité (rente partielle ou totale au-delà du 365^e jour d'arrêt) et le décès par l'attribution d'un capital décès et d'une rente de survie versée au conjoint survivant ainsi que d'une rente éducation versée à chaque enfant ou descendant à charge de moins de 18 ans. Cette rente éducation peut être maintenue jusqu'à l'âge de 25 ans lors de poursuite d'études ou jusqu'au décès de l'enfant si ce dernier est atteint d'une infirmité le privant de tout travail rémunérateur.

Attention au délai de carence de 90 jours.

Conseil : prendre une prévoyance complémentaire pour éviter le délai de carence et augmenter les prestations perçues en cas de longue maladie ou d'invalidité.

Montant de la cotisation 2018 : 663 €/an.

◆ Action Sociale

Cette aide financière de la Carpimko est attribuée sur demande aux affiliés (cotisants, retraités et bénéficiaires du RID) en adressant la demande à la commission recours amiable. Il n'y a pas de conditions de revenus.

Pour pouvoir en bénéficier, il vous faut demander un dossier auprès des services de la Carpimko. En cas de difficultés pour remplir ce dossier, vous pouvez demander de l'aide auprès de la Carpimko.

Participation à différents frais comme financement d'une aide-ménagère, travaux d'aménagement au domicile suite à l'état de santé, dépenses de la vie courante, installation de télé assistance, portage de repas à domicile, financement de maison de retraite, etc...

Déclaration et paiement dématérialisés

Attention : en 2018, la déclaration de revenus se fera par l'intermédiaire de l'Urssaf, et plus précisément sur le site net-entreprises. Il n'y aura plus de déclaration possible sur le site de la Carpimko. Dès le mois de décembre ou de janvier (date exacte encore non arrêtée), vous pourrez vous inscrire sur le site. Le numéro SIRET sera à renseigner (il est sur votre avis de cotisation Urssaf). Vous pouvez vous inscrire de façon concomitante à la déclaration qui sera possible de courant avril jusqu'à juin. La déclaration à choisir dans le menu déroulant est la DS PAMc (déclaration sociale des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés). Les cotisations devront être acquittées soit par prélèvement automatique soit par virement bancaire et non plus par chèque ou par TIP.

En cas de non-déclaration dans les temps, les sanctions restent identiques. Une fois vos revenus déclarés, vous recevrez un appel de cotisation dans un délai de 30 jours. Si toutefois ce n'était pas le cas, n'hésitez pas à contacter la Carpimko pour vous assurer que le transfert de votre déclaration a bien été effectué. En effet, la Carpimko n'aura désormais plus aucune lisibilité sur votre déclaration.

Sites à consulter :

www.cnavpl.fr

www.carpimko.com

Autre contribution : la Curps

La contribution aux Unions Régionales des Professionnels de Santé (Curps) est également calculée sur le revenu d'activité non salarié : elle correspond à 0,10 % du revenu d'activité non salarié dans la limite de 199 € pour 2018.

À noter que la Contribution aux unions régionales des professionnels de santé (Curps) est due dès le premier euro et n'entre dans le champ d'aucune dispense ou exonération.

Elle est prélevée par l'Urssaf et ensuite reversée aux URPS.

Formation continue

Les orthophonistes sont parmi les professionnels qui se forment le plus en formation professionnelle continue.

De nombreux organismes dispensent des actions de formation continue.

Il n'est pas obligatoire de bénéficier d'un financement pour participer à une action de formation continue, mais, lorsqu'il est possible, celui-ci permet la prise en charge totale ou partielle des frais d'inscription et, dans certains cas, le versement d'une indemnité de perte de ressources pour compenser l'absence du cabinet.

Pour les orthophonistes exerçant en salarié, des plans de formation sont proposés dans chaque structure.

Pour les orthophonistes exerçant en libéral, il existe deux possibilités de financer sa formation par l'intermédiaire de deux organismes : le FIF-PL et l'ANDPC qui gère le Développement Professionnel Continu.

- Le **FIF-PL** (Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux) a été créé à l'initiative de l'UNAPL (Union Nationale des Professions Libérales) et concerne toutes les professions libérales affiliées à l'UNAPL. Il regroupe quatre domaines : les professions du cadre de vie (architecte,...), les professions du juridique (avocat,...), les métiers techniques (conseils publicitaires, psychomotriciens,...) et les métiers de la santé.

Il est financé par la CFP (Contribution à la Formation Professionnelle), prélevée par l'Urssaf. Cette contribution correspond à 0,25 % du plafond annuel de la Sécurité Sociale, soit 98 euros en 2017, payable en 2018

Attention : à partir de 2018, cette contribution est exigible à l'année N (et plus N + 1, comme jusqu'à présent). Un deuxième prélèvement sera donc fait en novembre 2018, au titre de l'année 2018.

Pour être éligibles à une prise en charge par le FIF-PL, les formations présentées par les organismes doivent répondre à des critères pédagogiques et rédactionnels définis par la commission professionnelle des orthophonistes. Les dossiers soumis par les organismes de formation sont examinés par cette commission.

Chaque année, la liste des formations agréées est transmise sous forme d'un livret aux professionnels dont la FNO connaît les coordonnées postales.

Outre la formation continue, le FIF PL peut financer des formations longues, des bilans de compétence, la participation à un jury d'examen ou de VAE (validation des acquis de l'expérience).

L'agrément d'une formation par le FIF-PL permet la prise en charge, pour les orthophonistes exerçant en libéral, de tout ou partie des frais d'inscription, sur présentation des pièces justificatives (notamment l'attestation de présence et de règlement).

Actuellement, la prise en charge est plafonnée à 150 € par jour (dans la limite des frais engagés), limitée à 900 € par an et par professionnel.

Les formations en e-learning directement liées à la pratique professionnelle de l'orthophoniste peuvent également bénéficier d'une prise en charge à hauteur de 150 euros par thème de formation, limitée à 300 € par an et par professionnel. La formation doit durer au minimum 6 heures.

Pour bénéficier de cette prise en charge : le dépôt du dossier doit être fait par l'orthophoniste sur la plate-forme du FIF-PL (site www.fifpl.fr) dans l'espace adhérent, au plus tard 10 jours après la formation.

- Le **DPC** (Développement Professionnel Continu) a été instauré par la loi HPST et modifié ensuite par la loi de modernisation de notre système de santé (janvier 2016).

Il est géré par l'ANDPC (Agence Nationale du DPC). Le DPC promeut la formation continue des professionnels de santé qui sont tous soumis à cette obligation.

L'obligation est triennale : sur une période de 3 ans, chaque orthophoniste devra donc avoir accompli deux actions de DPC dans deux des trois domaines que sont la formation, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la gestion des risques. En l'état actuel des textes, les orthophonistes ne sont pas concernés par la gestion des risques.

Chaque orthophoniste dispose d'une enveloppe annuelle de 852 €, pour un plafond de 14 heures de formation, lui permettant de financer les frais d'inscription à la formation (30 € par heure directement versés à l'organisme) et de recevoir une indemnité correspondant à la perte de ressource (30,85 € par heure). Les montants indiqués sont ceux en cours pour 2018. Une formation doit durer au minimum 3 heures.

Si l'obligation est triennale, le budget est quant à lui annuel : le professionnel a donc la possibilité d'utiliser l'enveloppe financière indiquée plus haut chaque année.

Pour pouvoir bénéficier d'un financement par l'ANDPC, il faut que la formation réponde à différents critères (orientations nationales notamment) et qu'elle soit enregistrée sur le site de l'ANDPC par l'organisme qui la propose.

L'orthophoniste qui souhaite participer à une formation dans le cadre du DPC doit s'inscrire sur le site mondpc.fr avant le début de la formation impérativement. Cette inscription n'est effective qu'une fois validée par l'organisme de formation.

L'ANDPC prévoit aussi le cas des formations en e-learning : elles seront financées pour un minimum d'une heure et un maximum de 7 heures.

Le lieu d'exercice

1. Le secteur d'installation

Le choix du lieu d'installation est une décision essentielle pour l'avenir professionnel. Au-delà des critères "subjectifs" (travail du conjoint, attaches familiales ou personnelles, scolarisation des enfants...), il faut analyser :

- les caractéristiques démographiques de la population du secteur,
- les potentialités économiques,
- l'évolution de l'urbanisation,
- l'implantation d'autres professionnels de santé (via c@rtosanté)
- et bien sûr l'implantation des orthophonistes installés. Vous pouvez également contacter votre syndicat régional ou départemental, plus proche de la réalité de « terrain ».

2. Le cabinet

La limitation juridique essentielle dans le choix d'un cabinet vient :

- de l'article R 4341-19 du code de la Santé publique : *La profession d'orthophoniste ne peut s'exercer dans les locaux ou les dépendances des locaux commerciaux.*

L'interdiction prévue à l'alinéa précédent ne fait pas obstacle à l'exercice de cette profession dans des locaux dépendant d'un établissement sanitaire, social ou médico-social ou d'éducation, ou dans des locaux aménagés par une entreprise pour les soins donnés à son personnel.

- de l'article 2 de la convention nationale des orthophonistes

Sont exclus du champ d'application de la convention :

- les orthophonistes dispensant des actes au sein de locaux à finalité commerciale ou partagés avec des personnes exerçant une activité commerciale,

Votre attention quant au choix du local doit porter sur plusieurs points.

1°) **l'accessibilité du local**

a) Obligation de **répondre aux normes d'accessibilité** :

- Je m'installe dans un local déjà utilisé comme Établissement Recevant du Public (ERP) qui est engagé dans la démarche d'accessibilité avec un Agenda d'Accessibilité Programmée (Ad'AP) en cours : l'Ad'AP doit être achevé à la date prévue mais je peux commencer à travailler
- Je m'installe dans un local non utilisé comme ERP : obligation d'être aux normes d'accessibilité (possibilité de dérogation dans certains cas) à la charge du propriétaire sauf clause spécifique dans le bail.

- b) Il faut adresser, par recommandé avec accusé de réception, au préfet une « **Attestation sur l'honneur d'accessibilité** » (avec copie à la commission pour l'accessibilité de la commune concernée)

<https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/ladap-agenda-daccessibilite-programmee#e4> – formulaires CERFA et modèles type - Modèle-type d'attestation d'accessibilité à partir du 1^{er} janvier 2015

ou bien faire la démarche en ligne :

<https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/attestation-d-accessibilite-erp-siret>

ATTENTION : conserver une copie de cette attestation (avec l'accusé de réception dans le cas d'un envoi postal)

- c) Il faut regrouper toutes les pièces prouvant l'accessibilité dans le **registre d'accessibilité** que vous laisserez au cabinet.

[Lien vers article de mars 2018](#)

[Lien vers article de juin 2017](#)

[Lien vers les divers articles sur l'accessibilité du site](#)

[Lien vers le guide du ministère : https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/sites/default/files/8_guide_professions_lib%C3%A9rales.pdf](https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/sites/default/files/8_guide_professions_lib%C3%A9rales.pdf)

2°) S'assurer de la destination/usage du local

Si le bien est dans une copropriété, vous devez vous assurer que le bien (souvent un appartement d'habitation) peut être utilisé à titre professionnel.

Le règlement de copropriété pourra vous renseigner sur l'usage du local.

Si l'usage de ce bien est l'habitation exclusive, il faudra que l'assemblée générale de copropriété accepte ce changement de destination.

Puis :

- si le local est dans une commune de plus de 200.000 habitants ou dans le 75/92/93/94, vous devez faire une demande de changement d'usage auprès du service urbanisme de la mairie.
- pour une autre commune, vous devrez faire une déclaration préalable de changement de destination

3°) En cas de location du local

Il convient d'être très vigilant en ce qui concerne le bail professionnel, en particulier sur les points suivants :

- autorisation claire de l'exercice de l'orthophonie,
- le bail doit être écrit,
- la durée de la location est d'au moins 6 ans (si plus de 12 ans il faut un acte notarié),
- cession du bail possible à votre successeur,
- autorisation d'une plaque professionnelle (y compris en cas de transfert).

[Lien vers article janvier 2017](#)

3. La publicité

Lorsqu'un orthophoniste s'installe dans un cabinet, il est bien sûr nécessaire de le faire savoir.

Toutefois, l'article 15 de la Convention nationale précise que :

Les orthophonistes placés sous le régime de la présente convention s'engagent à s'abstenir de tout moyen direct ou indirect de publicité (1)...

(1) La publicité s'entend de tout procédé visant par son contenu, sa forme, sa répétition, à attirer la clientèle vers un cabinet ou un établissement de soins déterminé.

Il convient donc d'être très prudent sur les points suivants :

- insertion dans le journal local de l'annonce de l'ouverture : vous avez le droit à deux insertions lors de votre installation ou lors d'un transfert de cabinet
- rencontre d'autres professionnels de la santé ou d'intervenants divers,
- emplacement, dimensions (25 cm x 30 cm) et libellé de la plaque professionnelle : nom et prénom, titre, diplôme et, le cas échéant, lieu de délivrance, adresse, téléphone professionnels et horaires d'activité

4. La protection des données (le RGPD)

Le **Règlement Général sur la Protection des Données** est un texte de référence européen en matière de protection des données personnelles.

Le RGPD vise entre autres à renforcer les droits des personnes.

Au sein de votre cabinet, vous êtes concernés car vous recueillez des données personnelles « sensibles » (les données de santé).

Depuis le 25 mai 2018, vous êtes dans un système responsable, ce qui signifie que vous devez réfléchir aux données que vous traitez, à la raison de leur traitement, aux mesures de sécurité, ...

Mise en place du RGPD en 2 étapes

1^{ère} étape : Un unique registre de traitement des données personnelles

Sur le site de la Fédération nationale des orthophonistes

<http://www.fno.fr/exercice-professionnel/lexercice-liberal/divers/reglement-general-de-protection-des-donnees-registres/>

- 1- **Télécharger** sur le site de la Fédération nationale des orthophonistes le « **registre vierge** » (format Excel).
- 2- **Compléter** le registre vierge en vous aidant du modèle réalisé par la Fédération nationale des orthophonistes [3 modèles remplis (format PDF)].
- 3- **Conserver** ce registre de traitement à votre cabinet (enregistré dans votre ordinateur et/ou imprimé). Il servira de preuve en cas de contrôle effectué par la CNIL.

2^{ème} étape : l'information des patients sur la collecte des données

1- **Télécharger** sur le site de la Fédération nationale des orthophonistes le « **modèle** » (en format word intitulé « RGD – affichage »).

<http://www.fno.fr/exercice-professionnel/lexercice-liberal/divers/reglement-general-de-protection-des-donnees-registres/>

2- **Compléter et personnaliser** ce document « RGD-Affichage ».

3- **Imprimer et afficher** dans la salle d'attente ou remettre aux patients.

Le support d'information est libre : affichage dans la salle d'attente, remise de documents écrits d'information.

Plus d'informations ici.

5. Affichage dans le cabinet

Faisant suite aux dispositions de 2009 du Code de la santé publique imposant l'affichage du tarif des honoraires et à la Loi de modernisation du système de santé de 2016, l'arrêté du 30 mai 2018 concerne tous les professionnels de santé.

L'affichage prévu par l'arrêté doit être fait de façon lisible et visible **dans la salle d'attente ET dans le lieu d'encaissement des frais** - article 3.

Il impose aux professionnels de santé conventionnés qui exercent en libéral de rappeler à leurs patients par voie d'affichage que seuls des frais correspondant à une prestation de soins rendue peuvent leur être facturés et que le paiement d'une prestation qui ne correspond pas directement à une prestation de soins ne peut leur être imposé.

De plus, lorsqu'un « professionnel » propose au patient des prestations ne correspondant pas directement à une prestation de soins, le professionnel doit afficher la liste des prestations offertes et le prix de chacune d'entre elles - article 4.

Le **conventionnement** devra être **indiqué sur les plaques professionnelles** lors de toute nouvelle installation ou de toute modification de plaque, ainsi que sur les **plateformes de prise de rendez-vous** en ligne, sauf dispositions législatives ou réglementaires contraires.

De plus, le conventionnement doit faire l'objet d'un affichage et le patient doit être informé, sur cet affichage, à consulter l'annuaire santé du site internet www.ameli.fr pour toute information complémentaire - article 5.

Les professionnels de santé doivent délivrer au patient une information écrite préalable comprenant la description des actes et prestations, le montant des honoraires fixés ainsi que, le cas échéant, le montant qui sera pris en charge par la sécurité sociale, dès que les dépassements d'honoraires des actes et prestations facturés atteignent 70 euros - article 7.

Lors de la prise de rendez-vous pour **une visite à domicile**, les professionnels doivent **informer par tout moyen le patient sur les frais** auxquels celui-ci pourrait être exposés à l'occasion de la prestation de soins rendue et, le cas échéant, sur les conditions de sa prise en charge et de dispense d'avance de frais - article 8.

En cas de non-conformité, la DGCCRF adressera par injonction une demande de mise en conformité qui, si elle n'est pas suivie d'effets conduit au paiement d'une amende administrative de 3000€.

Les affiches sont disponibles [ici](#).

Les formes d'exercice

1. Les contrats

L'exercice libéral de l'orthophonie n'est pas réglementé par un ordre professionnel. En conséquence, aucune instance disciplinaire n'a la possibilité de sanctionner, par référence à un code de déontologie ou de règles professionnelles, les clauses d'un contrat établi entre professionnels, clauses qui seraient contraires à l'éthique professionnelle.

Les orthophonistes doivent donc apporter le plus grand soin à l'élaboration et à la rédaction des contrats qui déterminent leurs conditions communes d'exercice.

Toute convention (contrat) entre orthophonistes est régie par le droit commun (article 1101 et suivants du Code civil). **Elle a pour les signataires valeur de LOI.**

"Les contrats légalement formés tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faits. (article 1103 du Code civil)".

Toutefois le principe de la liberté contractuelle, s'applique dans les limites de dispositions contraires à l'ordre public (art.1102 Code civil).

Nécessité d'un contrat écrit

Trop de conflits entre professionnels ont pour origine l'absence de contrat écrit.

L'amitié, la confiance réciproque, si elles sont les conditions indispensables à un exercice commun de la profession, ne doivent en aucun cas dispenser les intéressés de la rédaction d'un contrat.

La rédaction du contrat a pour effet d'obliger les parties à considérer toutes les situations qui peuvent se présenter, de les préparer à les résoudre sans compromettre l'indispensable équilibre que constitue toute vie commune.

Aucun contrat type ne pourra par définition prévoir tous les aléas d'une situation unique. Recopier tout simplement, c'est prendre le risque de se fabriquer une "LOI" qui sera totalement inadaptée aux rapports réels que souhaitaient à l'origine les professionnels.

Vouloir économiser les frais générés par les services d'un spécialiste du droit (avocat, notaire, conseiller juridique...) risque de coûter très cher aux deux parties lors de la rupture du contrat.

Pour répondre aux multiples demandes de ses adhérents, la Fédération Nationale des Orthophonistes a mis en place un service juridique.

mail :

permanences :

2. La collaboration

La collaboration libérale peut être un excellent moyen pour commencer une activité libérale et s'initier à l'exercice d'une activité indépendante

Depuis la Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, l'exercice en qualité de collaborateur libéral dispose d'un cadre législatif. Le législateur, conscient de la préexistence de ce statut, a souhaité préciser les passages obligés, tout en laissant chaque profession adapter certains engagements contractuels à ses règles spécifiques.

2.1. Définition de la collaboration

Une mise à disposition temporaire : il est important de souligner ce caractère temporaire dès la définition.

En effet, s'il venait à se prolonger, ce type d'exercice basé sur l'impossibilité pour le collaborateur de prétendre à un droit de patrimonialité¹ sur le cabinet dans lequel il exerce, serait fortement remis en question par l'usage, le collaborateur acquérant une notoriété et disposant désormais de la possibilité de constituer sa propre clientèle.

La clause de non-installation n'a donc plus lieu d'être afin de ne pas constituer un obstacle à l'exercice du collaborateur auprès de sa propre clientèle à l'échéance du contrat. Cependant, une clause de non-détournement de la clientèle du cabinet reste nécessaire dans le contrat afin de protéger le patrimoine du titulaire.

Est entendue par propre clientèle ou clientèle personnelle du collaborateur les patients qui auraient nominativement exprimé le souhait d'être suivis par le collaborateur au cours de la collaboration. Les patients présentés au collaborateur par le titulaire ou s'étant adressés de manière indifférenciée au cabinet restent dans le patrimoine du titulaire..

Deux professionnels exerçant la même activité : un orthophoniste ne peut être lié par un contrat de collaboration à un autre professionnel de santé.

De même, l'exercice de la collaboration entre un orthophoniste titulaire à compétence limitée et un orthophoniste à pleine compétence ne saurait s'étendre aux pathologies que ne peut traiter le titulaire du fait de la limitation de sa compétence (cas des professionnels bénéficiant de ce statut).

2.2. Objet de la collaboration

Pour le titulaire : répondre à une demande de patientèle potentielle.

Pour le collaborateur : permettre l'exercice de l'orthophonie libérale sans création d'un cabinet.

Pour les deux : il s'agit d'un mode d'exercice transitoire avant une éventuelle association ou cession.

Chacun doit pouvoir y trouver un intérêt sans qu'il s'agisse de détourner l'esprit de ce mode d'exercice. Une situation qui se pérennise doit être régie par un autre statut.

¹ Patrimonialité : Valeur d'un bien susceptible d'aliénation (opération par laquelle une personne transmet à une autre la propriété d'un bien soit à titre onéreux soit par donation)

2.3. Le statut du titulaire

Le droit de propriété sur le bien professionnel implique la possibilité de transmission d'un droit de présentation à la clientèle. Certes les aspects juridiques déterminent le statut de chacun, mais il convient de souligner que le titulaire est propriétaire du cabinet, donc de la patrimonialité qui lui est attachée. À ce titre, il est important qu'il puisse vérifier que le collaborateur remplit bien toutes ses obligations contractuelles, en particulier celles de nature à préserver le renom du cabinet.

La FNO préconise que le titulaire ne doit avoir qu'un seul collaborateur à la fois, quel que soit le nombre de cabinets : en effet, il semble indispensable que la collaboration ne soit pas dénaturée et utilisée pour masquer un salariat et l'exploitation de professionnels par un autre.

Si le titulaire du cabinet doit faire en sorte qu'une partie suffisante de sa clientèle accorde sa confiance au collaborateur, il n'est pas possible de lui garantir un certain nombre de RDV ou un montant de revenus tout comme il ne peut imposer un nombre de rendez-vous au collaborateur.

2.4. Le statut du collaborateur

Le collaborateur est un professionnel libéral à part entière, un locataire des biens mis à sa disposition.

Lorsqu'il souhaite acquérir la patrimonialité attachée au cabinet, il paie une indemnité de droit de présentation à clientèle ou une indemnité d'intégration.

Ce principe devra être inscrit dans le contrat initial.

Professionnel libéral, il dispose de sa propre CPS (et feuilles de soins pré-identifiées à son nom). Il faut noter que vis-à-vis de l'assurance maladie, le collaborateur et le titulaire sont deux professionnels également conventionnés et que le contrat qui les lie n'est aucunement opposable aux caisses qui n'ont pas à en connaître l'existence. Le collaborateur devra s'acquitter d'une Contribution Foncière des Entreprises (ancienne taxe professionnelle), souscrire une responsabilité civile professionnelle et s'imposer des règles déontologiques fondamentales d'indépendance et de responsabilité.

L'un des engagements le plus important est de maintenir la clientèle attachée au cabinet dans lequel il exerce.

2.5. Les modalités de l'activité du collaborateur

Le collaborateur exerce sous sa propre responsabilité, en toute autonomie. Il est important de préciser que le collaborateur doit disposer, en échange du paiement d'une redevance de collaboration, d'un bureau de consultation indépendant. Il doit pouvoir apposer sa plaque professionnelle, bénéficier de l'usage professionnel de la ligne téléphonique du cabinet, disposer de feuilles de soins pré-imprimées à son nom, adresser des courriers à son nom et à l'adresse du cabinet,

Pour pouvoir exercer son activité en toute indépendance, le collaborateur reste libre du choix des méthodes de soins, fixe lui-même ses horaires et rythme de travail. Exercer son activité de collaborateur au sein d'un cabinet où le titulaire n'exercerait pas, constitue une situation de gérance. L'activité du collaborateur doit s'exercer sans lien de subordination avec le titulaire.

La plus grande attention doit être portée à cette notion d'indépendance : l'Urssaf recherche tous les éléments interprétables en faveur d'une assimilation à un salariat. Raison de plus pour préserver la réalité de l'exercice libéral du collaborateur.

2.6. Le remplacement du collaborateur

Vis-à-vis de l'Assurance maladie, les conditions de remplacement total ou partiel sont les mêmes que pour le titulaire puisque l'un et l'autre bénéficient du même statut conventionnel. Le contrat de remplacement sera légitimement signé entre le collaborateur remplacé et son remplaçant. Il est bien évident que la patrimonialité du cabinet revenant au titulaire et le collaborateur remplacé ne prenant pas grand risque quant à une éventuelle concurrence de son remplaçant, la prudence consistera donc à prévoir ce cas d'école dans le contrat de collaboration.

La redevance versée par le remplaçant au collaborateur remplacé - et non au titulaire - correspond au montant dû par le collaborateur au titulaire. C'est la règle, parfois méconnue, selon laquelle le remplacé ne tire pas de profit financier direct de son remplacement, si ce n'est la couverture des frais de fonctionnement du cabinet, frais supportés par le titulaire du cabinet dans le cadre de la collaboration..

2.7. Le contenu et la durée du contrat

Le contrat de collaboration libérale doit être conclu dans le respect des règles régissant la profession.

Ce contrat doit, à peine de nullité, être établi par écrit et préciser :

- sa durée, indéterminée ou déterminée, en mentionnant dans ce cas son terme et, le cas échéant, les conditions de son renouvellement,
- les modalités de la rémunération,
- les conditions d'exercice de l'activité, et notamment les conditions dans lesquelles le collaborateur libéral peut satisfaire les besoins de sa clientèle personnelle,
- les conditions et les modalités de sa rupture.

Important :

Il faut savoir qu'un contrat à durée **indéterminée** peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties en respectant un préavis la plupart du temps prévu par le contrat. Si la formule paraît plus souple, elle présente l'inconvénient de permettre à chacune des parties de rompre le contrat à tout moment.

Par ailleurs, dans un même esprit de ne pas dénaturer l'objet de la collaboration, la FNO préconise un contrat à durée **déterminée** inférieure ou égale à un an en évitant une reconduction tacite. Une année paraît être la durée raisonnable d'un contrat de collaboration. Dans ce cas, chacune des parties doit mener le contrat à son terme (c'est-à-dire à la date de fin prévue au contrat).

En effet, les conditions initiales d'exercice du collaborateur vont certainement changer au bout d'un an et il sera alors nécessaire de revoir les termes du contrat. Le principe même de l'exercice libéral se fonde sur la notion de patrimonialité, de construction d'un outil de travail dont la valeur croît avec la renommée. Cette renommée est attachée à un nom, en fonction d'une pratique dont la qualité est reconnue. Une collaboration qui s'éternise est en contradiction avec cet axiome, d'autant que désormais, le collaborateur libéral a la possibilité de développer sa propre clientèle. De manière pragmatique il n'a pas paru souhaitable de limiter formellement la durée de collaboration à un an mais il est fortement conseillé de ne pas renouveler plusieurs fois le contrat. D'autres solutions existent à travers l'association précédée ou non d'une cession partielle de droit de présentation à la clientèle.

2.8. La clause interdisant le détournement de la clientèle

Le détournement de clientèle est une action de concurrence déloyale délibérée, incitative et volontaire.

Le collaborateur sait dès le départ qu'il s'engage à abandonner toute idée de patrimonialité sur la clientèle qui vient pour le cabinet du titulaire. Ce principe doit rester intangible sinon le principe même de ce mode d'exercice serait remis en question.

La clause, prévue au contrat, interdisant la concurrence déloyale protège le titulaire du cabinet.

Cette clause est conçue de manière à éviter qu'un préjudice ne soit causé au titulaire, considérant que le collaborateur pourrait user de sa situation contractuelle pour détourner une partie de la clientèle à son profit à l'issue du contrat.

Indispensable, elle garantit le respect de la règle du jeu.

Là, encore, tout dépendra de la constitution par le collaborateur de sa clientèle personnelle. La loi prévoit que les contrats, à peine de nullité, doivent comporter les clauses définissant les conditions d'exercice de l'activité, et notamment les conditions dans lesquelles le collaborateur libéral peut satisfaire les besoins de sa clientèle personnelle.

2.9. La redevance de collaboration

En contrepartie de la mise à disposition du local, du mobilier, du matériel et de la présentation de la patientèle, le collaborateur verse au titulaire une redevance, considérée comme un loyer dont le montant doit être calculé avec précision.

Cette partie de la redevance peut être aisément calculée en prenant en compte, par exemple, les éléments de la déclaration fiscale des bénéficiaires non commerciaux et en les rapportant à l'usage du collaborateur.

Cette redevance est calculée selon la méthode suivante :

- Les montants de cette redevance doivent s'entendre T.T.C.
- La redevance est proportionnelle au chiffre d'affaires réalisé.
- Cette redevance sera comprise entre 20 et 25 % des actes effectués ou facturés par le collaborateur, une partie correspondant à la mise à disposition du droit de présentation à la clientèle l'autre partie correspondant à tous les services mis à disposition du collaborateur (un bureau, le mobilier, le matériel de rééducation, les fournitures de papeterie/affranchissement, l'accès à la ligne téléphonique/internet du cabinet, le ménage, tous les frais de gestion courante d'un cabinet,...).
- Les indemnités de déplacements sont exclues de la base de calcul de la redevance.

Dans ce cas, la redevance étant fixée en pourcentage du chiffre d'affaires du collaborateur, plus le collaborateur augmente son volume d'activité plus le titulaire perçoit. À l'inverse, moins le collaborateur travaille, moins le titulaire perçoit. En fonction de l'évolution de l'activité du collaborateur, les co-contractants peuvent être amenés à rediscuter des modalités de la redevance.

Le contrat doit être rédigé avec une attention particulière à la notion de prise de risques. En effet, l'évolution de la doctrine faisant suite à différents arrêts de la Cour de Cassation impose que le collaborateur se trouve en situation de tout professionnel libéral, c'est-à-dire face à un risque propre de voir ses revenus varier en fonction de son volume d'activité. C'est-à-dire qu'un revenu fixe, dépendant de la seule mise à disposition d'une partie de clientèle du titulaire peut constituer une situation assimilable à un salariat.

2.11. La T.V.A.

La collaboration est analysée par l'administration fiscale comme une « location aménagée ». La redevance perçue par le titulaire est donc assimilée à une recette commerciale et est assujettie à la T.V.A.

La collaboration fait donc l'objet d'une déclaration d'assujettissement à la T.V.A. et du paiement éventuel de cette taxe lorsque le seuil imposé par l'administration fiscale est franchi.

Ce seuil est fixé à 33.200 € pour l'année 2018.

La T.V.A. affecte les rétrocessions perçues par le titulaire. Il ne serait pas opportun de voir cette taxe récupérée sur le collaborateur, la redevance versée par le collaborateur devant s'entendre « toutes taxes comprises ».

Article 18 de la loi 2005-882 du 02 août 2005

- Modifié par LOI n°2014-873 du 4 août 2014 - art. 17

I.-Les membres des professions libérales soumises à statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé, à l'exception des professions d'officiers publics ou ministériels, des commissaires aux comptes et des administrateurs judiciaires et mandataires judiciaires au redressement et à la liquidation des entreprises, peuvent exercer leur activité en qualité de collaborateur libéral.

II.-À la qualité de collaborateur libéral le membre non salarié d'une profession mentionnée au I qui, dans le cadre d'un contrat de collaboration libérale, exerce auprès d'un autre professionnel, personne physique ou personne morale, la même profession.

Le collaborateur libéral exerce son activité professionnelle en toute indépendance, sans lien de subordination. Il peut compléter sa formation et peut se constituer une clientèle personnelle.

III.-Le contrat de collaboration libérale doit être conclu dans le respect des règles régissant la profession.

Ce contrat doit, à peine de nullité, être établi par écrit et préciser :

- 1° sa durée, indéterminée ou déterminée, en mentionnant dans ce cas son terme et, le cas échéant, les conditions de son renouvellement ;
- 2° les modalités de la rémunération ;
- 3° les conditions d'exercice de l'activité, et notamment les conditions dans lesquelles le collaborateur libéral peut satisfaire les besoins de sa clientèle personnelle ;
- 4° les conditions et les modalités de sa rupture, dont un délai de préavis ;
- 5° les modalités de sa suspension afin de permettre au collaborateur de bénéficier des indemnités prévues par la législation de la sécurité sociale en matière d'assurance maladie, de maternité, de congé d'adoption et de congé de paternité et d'accueil de l'enfant.

III bis.-La collaboratrice libérale en état de grossesse médicalement constatée a le droit de suspendre sa collaboration pendant au moins seize semaines à l'occasion de l'accouchement. À compter de la déclaration de grossesse et jusqu'à l'expiration d'un délai de huit semaines à l'issue de la période de suspension du contrat, le contrat de collaboration libérale ne peut être rompu unilatéralement, sauf en cas de manquement grave aux règles déontologiques ou propres à l'exercice professionnel de l'intéressée, non lié à l'état de grossesse.

Le père collaborateur libéral ainsi que, le cas échéant, le conjoint collaborateur libéral de la mère ou la personne collaboratrice libérale liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle ont le droit de suspendre leur collaboration pendant onze jours consécutifs suivant la naissance de l'enfant, durée portée à dix-huit jours consécutifs en cas de naissances multiples. À compter de l'annonce par le collaborateur libéral de son intention de suspendre son contrat de collaboration après la naissance de l'enfant et jusqu'à l'expiration d'un délai de huit semaines à l'issue de la période de suspension du contrat, le contrat de collaboration libérale ne peut être rompu unilatéralement, sauf en cas de manquement grave aux règles déontologiques ou propres à l'exercice professionnel de l'intéressé, non lié à la paternité. Le collaborateur libéral qui souhaite suspendre son contrat de collaboration en fait part au professionnel libéral avec lequel il collabore au moins un mois avant le début de la suspension.

Le collaborateur libéral ou la collaboratrice libérale a le droit de suspendre sa collaboration pendant une durée de dix semaines à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer lorsque l'autorité administrative ou tout organisme désigné par voie réglementaire lui confie un enfant en vue de son adoption. À compter de l'annonce par le collaborateur ou la collaboratrice de son intention de suspendre son contrat de collaboration et jusqu'à l'expiration d'un délai de huit semaines à l'issue de la période de suspension du contrat, le contrat de collaboration libérale ne peut être rompu unilatéralement, sauf en cas de manquement grave aux règles déontologiques ou propres à l'exercice professionnel de l'intéressé, non lié à l'adoption.

III ter.-Les articles 1er à 4 et 7 à 10 de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations s'appliquent à tout contrat de collaboration libérale, y compris lors de sa rupture.

IV.-Le collaborateur libéral est responsable de ses actes professionnels dans les conditions prévues par les textes régissant chacune des professions mentionnées au I.

V.-Le collaborateur libéral relève du statut social et fiscal du professionnel libéral qui exerce en qualité de professionnel indépendant.

VI.-Paragraphe modificateur.

<https://www.legifrance.gouv.fr/>

[affichTexteArticle.do ; jsessionid = 6E8659CC290D51E87F68870DAD1E3DF7.tplgfr33s_1 ? idArticle = LEGIARTI000029336794 & cidTexte = LEGITEXT000006052103 & dateTexte = 20180424](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=6E8659CC290D51E87F68870DAD1E3DF7.tplgfr33s_1?idArticle=LEGIARTI000029336794&cidTexte=LEGITEXT000006052103&dateTexte=20180424)

<http://www.fno.fr/ressources-diverses/foire-aux-questions-la-collaboration/>

3. Le remplacement

Lorsqu'un orthophoniste souhaite cesser son activité durant une courte période, et donc pour une cause provisoire il peut faire appel à un remplaçant qui doit impérativement être titulaire d'un certificat de capacité d'orthophoniste ou une autorisation d'exercer le métier d'orthophoniste sur le territoire français.

La situation de remplacement se rapproche de celle de collaboration. Une différence fondamentale réside dans le fait qu'il s'agit d'une conservation de l'outil de travail en l'état qui ne procure pas de bénéfice au titulaire, mais lui permet de payer les charges de fonctionnement du cabinet et surtout de retrouver son outil de travail dans l'état dans lequel il l'avait laissé ! Le mode de calcul de la rétrocession est simple. Il prend en compte les charges du cabinet de type frais généraux (à l'exclusion des charges sociales personnelles du remplacé qu'il assume seul). Cette somme peut être évaluée au plus juste et constitue un pourcentage des recettes. C'est ce pourcentage qui est appliqué aux actes facturés par le remplaçant.

L'absence du titulaire doit être effective. Il ne doit pas travailler dans le cadre du régime conventionnel au moment même du remplacement.

Il convient d'établir un contrat par lequel un orthophoniste qui cesse temporairement son activité professionnelle, se fait remplacer auprès de ses patients par un de ses confrères. La cessation peut être temporaire et complète, temporaire et incomplète.

La durée doit être au minimum de 10 jours (volonté de la FNO pour garantir la continuité des soins et prévenir les abus).

Le maximum n'est pas défini mais attention (administration fiscale, Urssaf).

Le motif doit être précis, et entrer dans la liste de ceux prévus par l'instruction DGI du 15 mars 77 (congés annuels, de maladie, de maternité).

Ce mode d'exercice n'est pas imposé à la TVA, s'il répond aux conditions énumérées ci-dessus.

Enfin, il convient d'établir un état des lieux contradictoire au début et à la fin du remplacement.

La clause de non-réinstallation sera modulée en fonction de la durée du remplacement. Si cette durée est inférieure à trois mois, la clause est considérée comme inutile (les tribunaux ne la retenant pas). La non-concurrence, elle, s'applique en tout cas, puisqu'il s'agit de ne pas profiter de sa situation de remplaçant pour causer un quelconque dommage au titulaire.

Télétransmission et remplacement :

Les orthophonistes remplaçants peuvent obtenir leur carte de professionnel de santé (CPS) en effectuant leur demande auprès de l'agence régionale de santé (ARS).

*Bonus : le contrat type de remplacement sur le site de la FNO
un article de l'Orthophoniste*

4. L'association

Il s'agit de membres d'une ou plusieurs professions qui exercent leur activité au sein d'une communauté d'intérêts financiers. La mise en commun peut se limiter aux moyens matériels (local, mobilier, personnel), il s'agit alors d'une Société Civile de Moyens (S.C.M.) qui met à la disposition de ses membres des moyens matériels dans le seul but de faciliter l'exercice de l'activité de chacun, elle peut s'étendre à la clientèle et aux recettes, il s'agit alors d'une Société Civile Professionnelle (S.C.P.)

Il existe deux grandes sortes juridiques d'association.

Le contrat d'exercice en commun. Ceux qui souhaitent mettre en commun les moyens pour exercer leur profession en conservant séparées leurs clientèles respectives, ont la possibilité de régir leurs relations à travers un contrat d'exercice en commun. Il permet de préciser le fonctionnement de la communauté (répartition de clientèle, congés, remplacements, entraide, moyens de travail communs).

Il n'y a pas de mise en commun des honoraires.

L'exercice avec mise en commun des moyens peut se faire avec d'autres professions.

Les sociétés civiles de moyens immatriculées au registre du commerce et des sociétés sont dotées de la personnalité morale.

La S.C.M. est une société à capital variable. Chaque associé effectue des apports en numéraire ou en nature (mobilier - matériel).

La S.C.M. doit être enregistrée officiellement. Elle a pour unique fonction de mettre des moyens à disposition de ses seuls membres et ne peut en aucun cas exercer elle-même la profession. Chacun participe aux dépenses en fonction d'une clé de répartition correspondant d'une part à sa consommation des services distribués par la société, d'autre part à sa responsabilité dans le capital de la société.

Sur le plan immobilier, l'achat d'un local nécessite la constitution d'une Société Civile Immobilière. La S.C.I. est propriétaire des locaux et les loue à la S.C.M.

Dans tous les cas, les relations professionnelles doivent être clairement définies par un contrat et faire l'objet d'un acte officiel.

5. La transmission du cabinet

Une clientèle civile est incessible

Bien que la distinction faite par le droit français entre cession de clientèle civile et cession de clientèle commerciale soit de moins en moins convaincante, il faut encore admettre aujourd'hui qu'un professionnel exerçant à titre libéral ne peut céder sa clientèle.

On reconnaît en effet aux clientèles commerciales une valeur patrimoniale : un entrepreneur, un marchand peuvent céder leur clientèle.

Un architecte, un avocat ou un orthophoniste ne le peuvent pas, selon le principe du libre choix du professionnel par le patient ou encore l'attachement du client à la personne du professionnel.

Le droit de présentation à clientèle

Cependant, la jurisprudence admet depuis quelques années la transmission du cabinet libéral en

reconnaissant au professionnel le droit de présenter un successeur à sa clientèle et de s'interdire toute concurrence vis-à-vis de ce successeur moyennant une indemnité versée par celui-ci.

Ainsi, l'interdiction de cession d'une clientèle libérale est-elle détournée et la notion de patrimonialité de la clientèle civile est-elle implicitement reconnue.

La transmission du cabinet libéral

Les principaux éléments légalement cessibles sont ceux déterminant les conditions matérielles de l'installation du successeur, à savoir :

- l'engagement par le cédant de présenter son confrère à sa clientèle comme étant désormais « son seul et unique successeur » en lui demandant de reporter sur celui-ci la confiance qu'elle lui témoignait ; et ce, par la réception commune de la clientèle pendant un temps déterminé, par la remise des fiches et des dossiers des patients, par l'envoi de courriers ou des contacts avec les professionnels de santé prescripteurs, par la parution d'annonces dans la presse spécialisée ou locale ;
- la cession éventuelle de matériel, de mobilier et d'installations professionnels (un inventaire est dressé contradictoirement et annexé à l'acte de cession) ;
- la cession du droit au bail du local professionnel et la transmission de la ligne téléphonique ;
- l'interdiction pour le cédant de concurrencer son successeur, la clause de non-réinstallation devant être limitée dans le temps et dans l'espace.

En contrepartie de ses engagements, le cédant perçoit une indemnité dont le montant est fonction des éléments corporels (mobilier, matériel et installations) et incorporels (droit de présentation à clientèle et droit de bail) qui sont cédés.

Indemnité de présentation à clientèle

Elle se calcule généralement à partir du chiffre d'affaires réalisé par le cédant (on a coutume de faire la moyenne des honoraires perçus au cours des trois dernières années qui précèdent la cession).

À cette base de calcul, on applique un coefficient correcteur qui varie selon les professions libérales. Ainsi le droit de présentation à clientèle est de 20 à 35 % pour les orthophonistes.

Des critères permettront de moduler la variation du coefficient correcteur.

Ainsi, seront à prendre en compte,

- l'ancienneté du cabinet,
- sa situation géographique (localisation urbaine ou rurale),
- le nombre et le type de prescripteurs,
- le potentiel du cabinet objectivé par l'évolution du chiffre d'affaires au cours des années,
- la concurrence locale,
- le type de rééducations dispensées,
- la durée du bail transmis,
- la mise aux normes accessibilité du local
- l'insertion du cabinet dans une structure organisée telle qu'une société civile de moyens.

Il faut rappeler également que la clientèle libérale repose en grande partie sur la notion de confiance

entre le patient et son thérapeute, confiance inspirée par la personnalité du praticien, sa réputation, son expérience professionnelle, ses compétences et ses diplômes, autant de critères personnalisés qui sont difficiles à apprécier étant donné leur immatérialité.

Il ne faut pas oublier enfin la loi de l'offre et de la demande, qui souvent prévaut !

Le règlement se fait lors de la signature de l'acte de cession. Le montant du droit de présentation à clientèle n'est pas déductible fiscalement des revenus professionnels. En revanche, on peut déduire les intérêts de l'emprunt qu'on a éventuellement contracté pour régler le droit de présentation, les droits d'enregistrement.

Les aspects fiscaux de la cession

À la différence du droit français, l'administration fiscale a toujours reconnu les cessions de clientèle civile puisqu'elle les taxe en les soumettant aux droits de mutation et à la plus-value.

Les droits d'enregistrement de la transmission sont à la charge de l'acquéreur. Ils sont proportionnels.

Ils varient en fonction du montant de la cession. Ils sont forfaitaires (25 €) pour la fraction du prix de cession inférieure ou égale à 23 000 €, ils sont de 3 % pour la fraction du prix de cession comprise entre 23 000 à 107 000 €.

Le prix de cession comprend le montant de l'indemnité de présentation à clientèle, éventuellement le prix de rachat du mobilier et du matériel professionnels et le droit au bail.

L'acquéreur dispose d'un délai de trente jours à compter de la signature de l'acte de cession pour se présenter à la Recette des Impôts dont dépend le cabinet pour faire enregistrer l'acte et régler les droits de mutation. Un exemplaire original de l'acte sera conservé au centre des impôts.

La plus-value dégagée par le cédant à l'occasion de la transmission de son cabinet est imposable au titre des plus-values professionnelles.

On distingue les plus-values à court et à long terme.

- Les plus-values à court terme (c'est-à-dire réalisées dans un délai de moins de deux ans) sont assimilées à un bénéfice professionnel l'année de leur réalisation et taxées à l'impôt sur le revenu.
- Les plus-values à long terme sont imposées au taux de 16 % auquel s'ajoute 10 % au titre de la CSG et de la CRDS, soit un total de 26 %.

Le cédant qui exerce son activité professionnelle depuis plus de cinq ans et dont le chiffre d'affaires de l'année n'excède pas 90 000 € bénéficie d'une exonération de cette plus-value.

Le cédant qui cesse définitivement d'exercer sa profession d'orthophoniste dispose d'un délai de soixante jours, à compter de la signature de l'acte de cession, pour déposer au Centre des Impôts dont dépend le cabinet, la déclaration de ses revenus.

La transmission dans le cadre d'un cabinet de groupe

Pour faciliter leur activité professionnelle, de nombreux orthophonistes s'associent en société civile de moyens.

Il faudra alors se référer aux statuts et à la convention d'exercice en commun qui régissent l'activité professionnelle des associés pour procéder aux cessions du droit de présentation à clientèle, mais aussi des parts sociales que détenait le cédant dans la société.

Il est d'usage dans les statuts de société civile de moyens d'envisager les modalités de cession :

- notification par le cédant de son projet de cession,
- modalités d'agrément ou de refus d'agrément par les associés,
- opposabilité et publicité de la cession,
- obligations respectives du cédant et du cessionnaire...

La cession peut se faire au profit d'un membre associé ou bien d'un tiers.

Précautions à prendre en cas de transmission de cabinet

Quelques conseils à l'acquéreur

- Ne vous précipitez pas. Ne cédez pas à la pression exercée par le vendeur qui vous assure que tout doit être réglé dans les plus brefs délais sous peine de rater l'occasion de votre vie !
- Étudiez l'implantation géographique du cabinet, la démographie professionnelle dans le secteur,
- Pour ce qui concerne le local, vérifiez sa conformité aux règles d'accessibilité. Procurez-vous une copie du bail en cours. Contient-il une clause stipulant que le locataire a l'autorisation de céder son bail à son successeur ? Si oui, combien de temps dure-t-il encore ? Si non, il vous faudra vérifier que le propriétaire des lieux accepte d'établir un bail à votre nom. À quel prix ? Nous vous rappelons qu'aux termes de l'article 36 de la Loi du 6 juillet 1989, les baux des locaux à usage exclusivement professionnel doivent être constatés par écrit. Ils doivent avoir une durée égale ou supérieure à six ans. Un préavis de six mois doit être observé par celui qui veut notifier son intention de rompre le contrat. Le locataire le peut à tout moment pendant le cours du bail ; le propriétaire ne peut le faire qu'à expiration du bail. Hormis ces clauses, c'est le régime de la liberté contractuelle qui prévaut. Ce sera à vous, futur locataire de négocier avec le propriétaire des lieux les clauses du contrat en votre faveur.
- Pour ce qui concerne la clientèle cédée : Vérifiez la nature des pathologies traitées. Attention à ne pas acquérir une clientèle de « dyscalculiques » si vous souhaitez avoir une clientèle diversifiée. Vérifiez la fréquence hebdomadaire des séances de rééducation. Certains professionnels « gonflent » ainsi leur chiffre. Attention aussi à l'échéance des séances prises en charge par les Caisses. Vérifiez, bien sûr, la véracité des propos du cédant en demandant de consulter les déclarations fiscales professionnelles ou, le livre des recettes.
- Il vous faut, à l'aide des renseignements fournis par le cédant tenter d'établir un budget prévisionnel afin de déterminer le plus exactement possible quelle sera la rentabilité du cabinet.
- N'omettez pas d'étudier la liste des prescripteurs habituels du cabinet. Attention aux clientèles qui sont générées par un ou deux médecins par exemple !
- Vérifiez bien que la ligne téléphonique vous sera transmise. C'est un lien important entre votre future clientèle et vous.
- Si le cédant est membre d'une société civile de moyens, rencontrez vos futurs associés, demandez une copie des statuts et du règlement intérieur afin de connaître les clauses qui régiront votre exercice professionnel. Informez-vous sur le montant des quotes-parts que vous devrez verser.
- Le montant de la cession est le fruit d'une négociation. Informez-vous auprès de votre syndicat régional.
- Portez une grande attention aux éléments de la clause de non-réinstallation, tant pour ce qui concerne sa durée que son étendue géographique.

Quelques conseils au vendeur

- Étudiez bien les éléments qui mettent en valeur votre cabinet.
- Mettez à la disposition du futur acquéreur toutes les pièces pouvant servir de justificatifs.
- Pensez aux annonces dans des revues professionnelles pour informer vos collègues de votre décision de vendre.
- Ne vous décidez pas à la dernière minute et prévoyez un temps de travail en commun avec votre successeur.
- Si vous êtes associés dans une société civile de moyens, étudiez bien les modalités de cession de vos parts sociales et de votre clientèle.
- Demandez le juste prix !

Conseils aux deux parties

- La cession est constatée par un acte écrit. Il peut s'agir d'un acte authentique (notarié) ou bien établi sous seing privé.
C'est un engagement des parties. Ne rédigez pas vous-mêmes ce type de document. Ne copiez pas sur l'acte d'un collègue. Trop de litiges sont engendrés par ce genre de pratique. Adressez-vous à un professionnel qui étudiera les documents que vous lui présenterez (bail professionnel, statuts de SCM, règlement intérieur) et qui rédigera cet acte en tenant compte de votre situation personnalisée.
- Ne signez aucun document sans l'avoir fait étudier par une personne compétente.

Une cession particulière, la convention d'intégration

Dans le cadre d'une intégration

L'intégration permet au collaborateur d'acquérir une clientèle. Comme tout contrat, elle implique des obligations réciproques à la charge des deux parties. Le collaborateur s'engage à verser une indemnité qui correspond à l'obligation pour le titulaire de présenter son cocontractant (le collaborateur) aux patients, prescripteurs et interlocuteurs du cabinet comme son associé ; d'engager les patients à reporter sur celui-ci la confiance qu'ils témoignent au titulaire. Pour être valable, la convention doit en outre comporter les obligations visées précédemment (cf. 5. La transmission du cabinet libéral).

L'indemnité se calcule à partir du chiffre d'affaires réalisé par le cédant (on a coutume de faire la moyenne des honoraires perçus au cours des trois dernières années qui précèdent la cession, redevances de collaboration comprises).

À cette base de calcul, on applique un coefficient correcteur qui varie de 20 à 35 % dans la majorité des cas (cf. 5. La transmission du cabinet libéral).

Une fois le produit obtenu, le futur associé versera 50 % de ce montant à son titulaire dans le cadre d'une association à 2.

La base de calcul du chiffre d'affaires cédé est la suivante :

*Moyenne des trois dernières années*² [1] X 20 à 35 % X 50 %.

²[1] on prend comme chiffre le montant indiqué à la ligne AG sur les 3 dernières 2035 du titulaire..

Dans ce cas, on ne peut que conseiller aux futurs associés de porter une attention particulière aux conditions de leur exercice commun.

À ce propos, on ne peut que conseiller aux futurs associés de porter une attention particulière aux conditions de leur exercice en commun qui, nous semble-t-il, doivent être fondées sur une répartition équitable de la clientèle.

On rappelle que l'association a pour objet le partage des moyens d'exercice de la profession et non pas – et surtout pas – le partage de la clientèle. À cela, il existe deux raisons juridiques : le principe du libre choix par le patient de son thérapeute et le principe selon lequel la clientèle est personnelle. Par ailleurs, les associés sont en droit d'avoir des clientèles très différentes en volume.

Ce n'est pas parce qu'on partage des locaux et du matériel, qu'on doit avoir le même nombre de rendez-vous par semaine.

Toutefois, rien n'empêche les associés de prévoir la répartition d'une clientèle dite « anonyme », c'est-à-dire celle qui s'adresse au cabinet sans demander un orthophoniste en particulier.

Attention alors à la rédaction de la clause : les termes choisis doivent refléter la volonté des associés.

Conclusion

La cession du cabinet, si elle est effectuée dans de bonnes conditions, s'avère une opération intéressante.

Elle est l'occasion, pour l'acquéreur, de disposer, dès la signature de l'acte, d'une clientèle constituée, sans prendre le risque d'attendre de longs mois que le carnet de rendez-vous se noircisse.

Elle est pour le cédant, l'occasion de disposer d'une compensation financière à la cessation de son activité sur ce site d'exercice. Il disposera, s'il se réinstalle dans une autre région, des moyens financiers nécessaires à sa réinstallation.

Pour plus de renseignements :

Vous pouvez vous adresser à l'un des syndicats régionaux de la FNO ou au service juridique de la FNO (consultations juridiques, rédaction de contrats professionnels, de statuts de SCM, etc.) :

145 boulevard Magenta

75010 Paris

Tél. : 01 40 37 41 44

Fax : 01 40 37 41 42

Mail : service.juridique@fno.fr

Permanence téléphonique gratuite réservée aux adhérents (sans RDV) : lundi, mardi et vendredi de 9 h 30 à 12h30

La fiscalité

En France, le système fiscal est basé sur la notion de **foyer fiscal**. Le foyer fiscal est composé d'une seule personne si vous êtes célibataire, de deux personnes si vous êtes mariés ou pacsés ou de plus de deux personnes si vous avez des enfants ou des personnes à charge.

Le foyer fiscal dépose chaque année sur le site www.impots.gouv.fr une déclaration unique sur laquelle figure l'ensemble des revenus de toutes les composantes du foyer : **la déclaration d'ensemble des revenus n°2042**.

Orthophonistes : les revenus libéraux sont à déclarer dans la catégorie des bénéficiaires non commerciaux.

Le régime fiscal BNC comporte deux modes d'imposition : **le régime spécial (ou micro-BNC) et le régime de la déclaration contrôlée (2035)**.

L'imposition des revenus tirés d'une activité libérale est toujours basée sur l'année civile.

Sont donc retenus tous les honoraires perçus et les dépenses payées entre le 1^{er} janvier (ou la date de début d'activité) et le 31 décembre (ou la date de cessation d'activité).

Nouveauté : prélèvement à la source (PAS) : Le prélèvement à la source rentrera en vigueur le 1^{er} janvier 2019 ; s'il modifie le mode de perception de l'impôt, en aucun cas il ne change les modalités de dépôt de déclarations ni le calcul de l'impôt sur le revenu.

En statut libéral, vous serez concerné par le volet « acompte d'impôt sur le revenu » de la réforme, il s'agit globalement d'un calcul provisionnel mensuel d'impôt basé sur les revenus de la dernière année connue et appelé sur 12 mois :

- de janvier à août 2019, il s'agira de l'année 2017,
- de septembre à décembre 2019, il s'agira de l'année 2018.

Donc peu de différence à votre niveau par rapport au fonctionnement précédent, puisqu'un solde d'impôt (positif ou négatif), calculé par rapport à votre déclaration d'impôts déposée en mai 2020 et notifié en août 2020, régularisera les acomptes versés en 2019.

Précisions : année blanche pour 2018, l'impôt sera complètement neutralisé à concurrence d'un revenu non exceptionnel ; pour le déterminer on compare votre revenu au plus fort des revenus 2015, 2016 et 2017. S'il est inférieur on considère que le revenu 2018 n'est pas exceptionnel.

1. Le régime micro-BNC

Il s'agit d'un régime forfaitaire d'imposition. En effet, l'imposition est basée sur le montant des recettes encaissées diminué d'un **abattement forfaitaire de 34 %**.

Il s'agit du régime de droit commun et donc applicable de plein droit, lorsque le montant des recettes de l'année N-1 ou N-2 est inférieur à **70 000 €**.

Il convient de se référer aux recettes réalisées au titre de ces années éventuellement rapportées à 12 mois s'il y a eu un début d'activité au titre de l'une de ces années.

Exemple ici.

À RETENIR

Régime de plein droit l'année de début d'activité et la suivante.
Report des recettes sur la déclaration d'ensemble des revenus n° 2042
Application d'un abattement forfaitaire de 34 %
Au niveau comptable, pas d'autres obligations que la tenue d'un livre de recettes journalières

Être éligible à ce régime ne veut pas dire qu'il vous est favorable ; vous aurez en effet intérêt à souscrire une déclaration 2035 si l'ensemble de vos dépenses professionnelles dépasse 34 % de vos recettes.

2. Le régime de la déclaration réelle (déclaration contrôlée n°2035)

Il s'agit d'un régime réel d'imposition.

En effet, vous déterminez personnellement votre bénéfice imposable grâce à la tenue d'une comptabilité réelle.

Ce régime est :

- **Obligatoire** si les recettes réelles N-1 et N-2 sont supérieures à 70 000 €
- **Optionnel** si vous relevez du régime micro mais que vous avez intérêt à établir une déclaration réelle.

Ce régime réel d'imposition est formalisé par la rédaction d'une **déclaration n° 2035 que vous devez transmettre à l'administration fiscale de façon dématérialisée.**

Votre AGA ou votre cabinet d'expertise comptable assurera la dématérialisation de cette déclaration ainsi que des déclarations complémentaires obligatoires en fonction de votre situation vers votre service des impôts des entreprises (SIE).

En ce qui concerne les dépenses, quelques précisions nécessaires sur des postes clés :

Poste « impôts et taxes »

La Contribution économique territoriale : C'est la taxe d'habitation du professionnel. Elle est composée de deux cotisations mais une seule vous concernera :

la cotisation foncière des entreprises (CFE) qui est assise sur la valeur locative du cabinet dans lequel vous exercez ; elle est due quel que soit votre statut, remplaçant, collaborateur ou titulaire.

Les avis d'imposition ne sont plus transmis par voie postale mais sont disponibles dans votre espace professionnel **que vous devez préalablement créer sur le site www.impots.gouv.fr**

Cette cotisation est due au 15 décembre de chaque année.

Postes « charges sociales obligatoires »

Carpimko

Cotisation qui comprend plusieurs régimes (retraite de base, complémentaire et ASV) ainsi qu'un régime invalidité décès. Les cotisations sont calculées proportionnellement à votre revenu et/ou forfaitaires.

Urssaf

C'est l'organisme qui va collecter les cotisations obligatoires suivantes :

Allocations familiales : cotisation proportionnelle et calculée de manière progressive entre 0 et 3,10 % du revenu.

Assurance maladie : cotisation proportionnelle limitée à 0,10 % du revenu conventionné.

Contribution à la formation professionnelle (CFP) : actuellement 98 € par an.

En contrepartie de cette cotisation, vous pouvez prétendre à une prise en charge de vos formations par le FIF-PL.

Vous avez également la possibilité de bénéficier, pour les formations agréées et payantes, d'un crédit d'impôt formation.

Contribution aux unions régionales des professionnels de santé (CURPS) : 0,10 % du revenu dans la limite de 199 € par an.

La contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) :

La CSG : il s'agit d'une contribution assimilée à un impôt au sens fiscal qui n'est pas prélevée par le service des impôts mais par l'URSSAF. Son montant est de 9,2 % du montant du revenu professionnel. Elle est composée d'une partie déductible (6.8 / 9.2) et d'une partie non déductible (2.4 / 9.2)

La CRDS : 0.5 % du revenu professionnel et elle est non déductible pour sa totalité.

La plupart de ces cotisations versées au titre d'une année N ne sont pas libératoires, car assises sur une base provisionnelle, elles seront régularisées à connaissance du revenu réel de l'année concernée. La communication de ce revenu s'effectue tous les ans par le portail net.entreprises.fr.

Poste « charges sociales facultatives »

C'est ce que l'on appelle communément la **loi MADELIN**, c'est un régime facultatif qui regroupe :

La prévoyance

Les cotisations d'assurance prévoyance sont constituées de :

- la mutuelle complémentaire (remboursement des frais de soins) en complément du remboursement sécurité sociale.
- les indemnités journalières qui, au-delà du délai de carence, vous procurent un revenu de substitution imposable en cas de maladie ou d'invalidité pour compenser la perte de revenus.

La retraite complémentaire

L'objectif d'un **contrat de retraite Madelin**, est de pouvoir se constituer une **retraite** complémentaire qui sera restituée sous forme de rente imposable en parallèle des **pensions de retraites** versées par la Carpimko, tout en bénéficiant d'une déduction fiscale des primes versées.

Attention : les conditions de déductibilité de ces contrats sont subordonnées à des plafonds de versement à ne pas dépasser. De plus, un contrat vous engage. Attention donc aux documents que vous signez.

Poste « assurances »

Il correspond principalement à votre responsabilité civile professionnelle (RCP) et à l'assurance multirisque du cabinet.

Poste « formation »

Le **poste « formation »** correspond au frais de congrès, formation professionnelle, enseignement post-universitaire. Doivent être portés dans cette rubrique tous les frais payés (inscription, billets de train ou avion, restauration sur place et frais d'hôtel).

Poste « frais de déplacement »

Deux options sont à votre disposition et vous devez retenir La même option pour l'ensemble des véhicules utilisés.

- **L'évaluation forfaitaire** de vos frais de voiture : Il s'agit de calculer le total du kilométrage effectué à titre professionnel (domicile-cabinet, visites patients, déplacements administratifs). En fonction du kilométrage et de la puissance fiscale (plafonnée à 7 CV) du ou des véhicules utilisés, il suffit d'appliquer le calcul du barème kilométrique qui est publié chaque année par l'administration fiscale. Le calcul doit être effectué par véhicule utilisé et l'option pour ce mode de déduction est subordonnée au fait que vous soyez propriétaire ou locataire du ou des véhicules.
- **Les frais réels** : vous devez comptabiliser en dépenses tous les frais payés pour l'utilisation du ou des véhicules et garder bien évidemment tous les justificatifs ou factures. La partie déductible sera le montant total des frais engagés multiplié par le pourcentage d'utilisation professionnelle du ou des véhicules. Ce pourcentage est donné par le ratio kilométrage effectué à titre libéral/kilométrage total annuel.

Les principaux frais déductibles sont : les frais de carburant, d'entretien et de réparation, l'assurance, l'amortissement ou la déduction de loyers de leasing ou de location longue durée, les intérêts d'emprunt (sous conditions). **Notez ici** qu'il existe des **plafonds d'amortissement** spécifiques favorisant les véhicules propres au détriment des véhicules polluants.

Les frais de stationnement et de péages sont déductibles en « autres frais de déplacement » quelle que soit l'option retenue.

Les associations de gestions agréées

Plusieurs rôles :

Pour tous :

- Développer l'usage de la comptabilité donc être à votre service pour vous aider à la mise en place de votre comptabilité et en soutien pour la compléter correctement ;
- Être un interlocuteur généraliste et indépendant pour répondre à vos questions (comptabilité, fiscalité, gestion) dans la limite de notre périmètre ;
- Proposer des formations sur la tenue de comptabilité et l'actualité fiscale ;
- Vous accompagner dans le choix de votre statut fiscal.

Pour ceux qui au régime réel doivent déposer une déclaration 2035 :

- Pilier de l'intermédiation entre le contribuable professionnel et l'administration fiscale, assurer la dématérialisation des déclarations professionnelles ;
- Effectuer les missions réglementaires validant la conformité de votre dossier et l'avantage fiscal correspondant.

L'AGAO, fondée par la FNO et administrée par des orthophonistes peut parfaitement remplir ce rôle, n'hésitez pas à les contacter sur www.agao.com ou par téléphone au **02 41 87 83 00**.

L'exercice salarié

Un **salarié** est une personne qui met sa prestation de travail à la disposition d'une autre personne (ou d'une structure) sous la subordination de laquelle elle se place moyennant rémunération. Le salarié doit le travail, l'employeur doit le salaire.

Tous les orthophonistes exercent le même métier : même diplôme, mêmes compétences, mêmes dispositions du Code de la Santé Publique, quel que soit leur type d'exercice.

La prescription médicale, les missions de l'orthophoniste, la liste des actes, décrites dans le chapitre consacré au **statut légal** concernent aussi bien l'exercice salarié que l'exercice libéral.

1. Structures de travail (les employeurs)

Les orthophonistes peuvent exercer en tant que salarié auprès de deux types d'employeurs : la fonction publique (essentiellement hospitalière) ou le secteur privé (lucratif ou non-lucratif).

Secteur public

Les salariés de l'État sont des **agents de la fonction publique** : titulaires (fonctionnaires) ou contractuels. Ils relèvent du **Code de la Fonction Publique**, donc la loi (et non une convention collective). Les orthophonistes sont essentiellement employés par la **fonction publique hospitalière**, même s'ils peuvent aussi être employés de la fonction publique territoriale (centres de santé municipaux par exemple) ou fonction publique d'État (hôpitaux militaires). La fonction publique hospitalière comprend des hôpitaux mais aussi les établissements qui dépendent des hôpitaux (centres de rééducation, CMP, certains EHPAD, etc.).

Les fonctionnaires et agents non titulaires sont soumis à diverses **obligations** en raison de leur qualité d'agent public : devoir de réserve, information du public et obéissance hiérarchique.

Les **titulaires** sont des fonctionnaires à part entière, embauchés après « concours » (qui peut ne consister qu'en un entretien et étude de dossier), et qui ne sont réellement titularisés qu'après un an de « stage » (période probatoire) durant laquelle ils peuvent théoriquement être révoqués. Ils peuvent exercer sur une durée de travail hebdomadaire inférieure à 35 heures,

Les **contractuels** sont des agents publics de droit privé, embauchés au titre de remplaçant, en CDD ou CDI. La jurisprudence a de nombreuses fois établi que leur grille salariale doit être basée sur celle des titulaires. Pour rappel, il n'existe pas de poste de « vacataire » pour les orthophonistes (d'ailleurs ce terme n'existe nulle part dans la loi). Le terme « vacataire » est souvent utilisé à tort pour désigner un agent public contractuel rémunéré sur la base de « vacations », c'est-à-dire généralement à l'heure, à la demi-journée ou à la journée, mais qui travaille de manière régulière dans un établissement. Il s'agit généralement d'agents employés de manière continue sur des emplois à temps incomplet (ou non complet).

Secteur privé

Les salariés du privé sont embauchés comme l'ensemble des autres personnes salariées, sous contrat (en CDD ou CDI).

La majorité des emplois proposés font partie de la **branche professionnelle sanitaire, sociale et médico-sociale, privée à but non lucratif**, qui regroupe les établissements appartenant à ces

conventions collectives nationales (CCN) : FEHAP (« CCN 1951 »), Syneas (« CCN 1966 »), FEGAPEI, Croix-Rouge, UGECAM, UNICANCER (FFCLCC). Il s'agit d'hôpitaux privés non lucratifs, de cliniques mutualistes, d'établissements médico-sociaux membres d'une association, de centres de santé de la sécurité sociale, d'EHPAD, etc.

Les orthophonistes peuvent être aussi salariés d'établissements du **secteur privé lucratif** (hôpitaux privés, cliniques privées), la plupart du temps membres de la « Fédération de l'hospitalisation privée » (FHP), éventuellement de petites structures privées.

Une **Convention Collective Nationale** est un accord collectif écrit, conclu entre, d'une part les organisations syndicales représentatives des salariés (CGT, CFDT, FO, SUD, UNSA, etc.), et d'autre part une (ou plusieurs) organisations syndicales d'employeurs (FEHAP, Syneas, FHP, etc.).

2. Le contrat de travail

Formes de contrat, évolutions

Le **CDI** (contrat à durée indéterminée) est un contrat sans limitation de durée, à temps plein ou à temps partiel (dit « incomplet » pour les contractuels du secteur public), conclu entre un employeur et un salarié. C'est la forme par défaut de tout emploi salarié (et en l'absence de contrat, le salarié est présumé exercer sous CDI à temps plein).

Lors du processus de **recrutement**, l'employeur a le droit de demander des informations au candidat afin d'apprécier ses compétences, qualifications et aptitudes professionnelles, mais ces informations doivent présenter un lien direct avec l'emploi et le poste à pourvoir, sans discrimination.

Le **contenu d'un contrat de CDI** est libre (sauf mentions conventionnelles obligatoires), mais nous vous conseillons d'y faire préciser au moins ces éléments :

- l'identité et l'adresse des signataires,
- la fonction et la qualification professionnelle,
- le lieu de travail (préciser la nécessité d'un bureau personnel et confidentiel),
- la durée et les horaires du temps de travail,
- la répartition du temps de travail en présence et hors présence des patients (préparation, réunion, rédaction...),
- la rémunération (salaire et primes éventuelles) ou le mode de calcul (référence à une grille conventionnelle),
- les modalités de formation continue (rythme, choix des formations),
- les congés payés,
- la durée de la période d'essai,
- les délais de préavis en cas de rupture du contrat.

Un **CDD** ne peut être rompu avant la fin de son échéance, sauf si le salarié y met fin pour être embauché (auprès de cet employeur ou un autre) avec un CDI.

Les termes essentiels d'un contrat de travail (salaire, horaires de travail s'ils ont été spécifiés dans le contrat) ne peuvent être modifiés qu'avec l'accord des deux parties, salarié et employeur. En cas de refus, l'employeur peut mettre fin au contrat par licenciement (uniquement s'il est motivé par une cause réelle et sérieuse, difficulté économique ou sanction disciplinaire), et le salarié peut choisir de démissionner. La rupture d'un CDI est possible sans justification particulière et sans indemnité pendant la période d'essai.

Lors de la rupture d'un contrat, l'employeur doit remettre ces documents au salarié :

- certificat de travail (Code du travail : article D1234-6) ;
- attestation Pôle emploi (Code du travail : articles R1234-9 à R1234-12) ;
- solde de tout compte (Code du travail : article L1234-20) ;
- état récapitulatif de l'ensemble des sommes et valeurs mobilières épargnées ou transférées au sein de l'entreprise dans le cadre des dispositifs de participation, d'intéressement et des plans d'épargne salariale.

Le salarié peut mettre fin à son contrat de travail (**démission**) essentiellement dans les cas suivants :

- pendant la période d'essai sans motif particulier,
- en remettant sa démission, à tout moment (en respectant le délai de préavis).

Il faut noter qu'une salariée dont la grossesse est médicalement constatée peut démissionner sans être tenue de respecter un préavis. Elle n'a pas à verser d'indemnités de rupture du fait que le préavis n'est pas effectué. Aucune procédure légale n'est imposée pour informer l'employeur de sa volonté de rompre le contrat. Cependant, pour prévenir tout litige, il est préférable de l'informer par lettre recommandée avec accusé de réception (LRAR).

Par ailleurs, tout salarié peut démissionner pour élever son enfant, sans être tenu de respecter un préavis ou de verser d'indemnités de rupture. La rupture du contrat doit avoir lieu au cours d'une des périodes suivantes :

- soit à l'issue du congé de maternité ou du congé d'adoption,
- soit dans les 2 mois suivant la naissance ou l'arrivée au foyer de l'enfant.

Le ou la salarié·e en congé de maternité ou d'adoption doit informer son employeur de sa volonté de démissionner, par lettre recommandée avec accusé de réception (LRAR) ou remise contre récépissé, au moins 15 jours avant la fin du congé.

Après sa démission, le ou la salarié·e bénéficie alors d'une priorité de réembauche pendant 1 an, pour des emplois correspondants à ses qualifications. La demande de bénéfice de cette priorité de réembauche doit être adressée à l'employeur, dans l'année suivant la rupture du contrat de travail, par LRAR ou lettre remise contre récépissé. En cas de réemploi, l'employeur doit accorder au salarié le bénéfice de tous les avantages qu'il avait acquis au moment de son départ.

La **rupture conventionnelle** (mécanisme créé en 2008) permet à l'employeur et au salarié en CDI de convenir d'un commun d'accord des conditions de la rupture du contrat de travail qui les lie. Le salarié perçoit une indemnité de rupture (qui ne peut pas être inférieure à l'indemnité légale de licenciement) et il a droit aux allocations chômage. Le texte de cette rupture conventionnelle est appelé « convention », celle-ci prévoit la date de rupture du contrat et le montant de l'indemnité spécifique. L'employeur comme le salarié disposent d'un délai de 15 jours calendaires de rétractation à compter de la date de signature. La convention doit être en outre validée par la DiRECCTE (administration du travail).

Le salaire

Le **paiement du salaire** est effectué une fois par mois. Le paiement doit être effectué par virement bancaire ou par chèque. L'employeur peut payer son salarié à la fin du mois ou durant le mois qui suit, mais il doit respecter une périodicité mensuelle (Code du travail : articles L3241-1, L3242-1 à -4, et R3241-1).

Le montant du salaire est fixé librement au cours d'une négociation entre l'employeur et son sa-

larié. Mais le salaire doit respecter le minimum du SMIC, l'égalité homme-femme, et l'égalité entre salariés pour un travail équivalent. Le salaire **brut** correspond au salaire avant cotisations sociales. Les avantages en nature constituent un élément du salaire qui n'est pas payé en argent, et il s'agit le plus souvent de nourriture ou de la mise à disposition d'un véhicule ou d'un logement de fonction (Code du travail : article R3231-4 à -6).

Le salaire reçu par l'employé ne peut pas être inférieur au **Smic** (« salaire minimum de croissance », 9,88 € brut par heure en 2018 (= 7,72 € net), et donc 1 498,47 € brut mensuel (= 1 170,69 € net).

Les salaires des orthophonistes sont calculés dans la très grande majorité des cas par référence à une **grille**, propre à chaque convention collective. Les grilles sont composées d'un **point d'indice** (en euros) multiplié par un nombre dépendant de la profession et de l'**ancienneté** du salarié, ce qui constitue le « traitement de base ».

Le salaire net est en moyenne inférieur de 20 à 25 % au salaire brut.

Nous ne présentons ci-après que les trois principales grilles affectées aux orthophonistes : fonction publique hospitalière (FPH), CCN 1951 (FEHAP) et CCN 1966 (Syneas), qui regroupent la quasi-totalité des emplois salariés pour notre profession.

La valeur des points d'indice fin 2018 sont les suivants :

- ◆ FPH (point d'indice « majoré ») : 4,6860 € (depuis le 01/02/2017).
- ◆ CCN 51 : 4,447 € (depuis le 01/07/2018).
- ◆ CCN 66 : 3,77 € (depuis 01/02/2017).
- ◆ Croix-Rouge : 4,48 € (depuis 01/06/2017).
- ◆ FHP (CCN 2002) : 7,08 € (depuis 01/09/2017).

Fonction Publique Hospitalière

Catégorie A, corps des orthophonistes inclus dans le grade des rééducateurs.

Grille issue du reclassement imposé en août 2017 par le gouvernement (malgré l'opposition avec la FNO et ses partenaires depuis plusieurs années), correspondant à la grille des infirmiers (bac + 3), c'est-à-dire une grille « petit A » (la plus faible de la catégorie A) et encore très éloignée des grilles salariales des autres professions bac + 5 de la FPH (ingénieur hospitalier, psychologue, attaché d'administration hospitalière, sage-femme).

En 2019 et 2020, deux étapes supplémentaires sont prévues pour les orthophonistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les psychomotriciens, sans que le ministère n'ait jamais pu expliquer le regroupement distinct de ces trois professions.

Nous ne présentons que la « classe normale », car la classe supérieure n'est accessible qu'à 11 % des seuls orthophonistes titulaires de chaque établissement (et exclut donc les contractuels). Ce seuil de 11 % a été progressivement diminué de manière unilatérale par les gouvernements successifs (il était de 40 % en 2012), récemment encore avec l'arrêté du 29 août 2018, passé de 15 à 11 %. La différence entre les deux classes est au maximum de 120 euros bruts par mois en fin de carrière.

Le bénéfice par rapport aux anciennes grilles (de catégorie B) est surtout sensible au premier échelon (20 points au final), mais très limité au-delà à cause des règles de rattrapage d'échelon qui font perdre de l'ancienneté, et d'autant plus que le rythme de progression des échelons est ralenti et la carrière totale rallongée.

Le salaire **net** à hauteur de 2000 € symbolisé par un astérisque n'est atteint qu'au 9^e échelon, soit à partir de 26 ans de carrière.

Plus d'informations ici.

CCN 1951 (FEHAP)

Les orthophonistes des établissements relevant de cette convention nationale voient leur salaire brut débiter à l'indice 487, puis augmenter régulièrement d'une « prime d'ancienneté » de 1 % chaque année jusqu'à plafonner à 30 ans d'ancienneté.

Le point a une valeur de 4,447 € depuis le 01/07/2018 (multiplié par l'indice 487 pour calculer le salaire brut de base de début de carrière).

Ces salaires sont identiques pour toutes les professions de la rééducation, quel que soit le niveau de diplôme. Pour information, cet indice est de 507 pour les puéricultrices (bac + 4), 559 pour les infirmiers anesthésistes (IADE, bac + 5) et 518 (2 303 €) pour les psychologues (bac + 5 également).

Aucune concertation pour la mise à niveau de salaires des orthophonistes n'a eu lieu dans cette convention, les classements étant traditionnellement calqués sur ceux de la fonction publique ; or les orthophonistes sont toujours sous-classés dans la fonction publique.

Le salaire **net** à hauteur de 2000 € symbolisé par un astérisque n'est atteint qu'à partir de 20 ans de carrière.

Plus d'informations ici.

CCN 1966 (Syneas)

La grille des orthophonistes est la même que tous les rééducateurs sans distinction de niveau de diplôme (de bac + 3 à bac + 5), mais aussi la même que les animateurs socio-éducatif, les assistantes sociales, les éducateurs spécialisés, etc., tous à bac + 3. Les puéricultrices (bac + 4) ont une grille commençant au coefficient 454 (jusqu'à 782). Les psychologues – diplômés bac + 5 comme les orthophonistes – ont une grille commençant au coefficient 800 (soit 3 000,16 € bruts), jusqu'à 1024 (3 860,48 €) !

Le point a une valeur de 3,77 € depuis le 01/02/2017 (multiplié par le coefficient de l'échelon pour obtenir le salaire brut de base).

Le salaire **net** à hauteur de 2000 € symbolisé par un astérisque n'est atteint qu'au 11^e échelon, c'est-à-dire à partir de 24 ans de carrière.

Plus d'informations ici.

Les primes

Les primes viennent en complément du salaire, elles sont versées obligatoirement si elles sont prévues par le contrat de travail, un accord collectif ou un usage.

Les principales primes possibles sont les suivantes :

- primes de gratification annuelle (prime de fin d'année, 13^e mois, prime de vacances...),
- primes relatives au rattrapage du coût de la vie (prime de vie chère...),
- primes relatives aux qualités personnelles (assiduité, ponctualité, ancienneté...),
- primes relatives à certaines conditions de travail (de nuit, de pénibilité, d'astreinte...),
- primes de résultat, bonus variable, etc.

Toutes ces primes et gratifications sont soumises aux cotisations sociales sur les rémunérations. Dans la fonction publique, les primes ne sont pas intégrées pour le calcul du montant futur de la pension de retraite.

Temps de travail, congés et absences

Le temps de travail légal de base, par défaut, est de **35 heures** hebdomadaires (ou 151,67 heures par mois, ou encore 1 607 heures par an). Des heures supplémentaires peuvent être appliquées par l'employeur, mais la durée quotidienne de travail effectif ne peut excéder 10 heures, et 48 heures au total par semaine.

Un temps de travail à temps partiel est possible, la durée minimale est de 24 heures hebdomadaires. Si un contrat convient d'un temps de travail inférieur à la demande du salarié, alors cette demande doit être écrite et motivée (raisons de santé ou familiales, ou bien lors d'un cumul avec un autre emploi). La rémunération est en tout cas calculée au prorata de sa durée de travail.

Un temps de **pause** (par exemple pour déjeuner) d'au moins 20 minutes consécutives est accordé au salarié dès que son temps de travail quotidien atteint 6 heures. La pause est accordée soit immédiatement après 6 heures de travail, soit avant que cette durée de 6 heures ne soit entièrement écoulée.

Depuis 2017, ces limites fixées par le Code du Travail peuvent être modifiées par simple convention ou accord d'entreprise ou d'établissement.

Plus d'informations ici.

Cumul d'emplois privés (incluant ou non un exercice libéral)

Il est possible de **cumuler plusieurs emplois salariés** dans le secteur privé. Mais le total des heures travaillées ne doit pas excéder le maximum légal (10h par jour, 48h hebdomadaires), les employeurs doivent être prévenus par écrit (et cela accorde des droits pour les horaires ou les congés). Le salarié doit permettre à ses employeurs de s'assurer que la durée maximale du travail autorisée est respectée, et l'employeur peut demander au salarié une attestation écrite certifiant qu'il respecte les dispositions relatives à la durée maximale du travail.

En cas de **cumul d'une activité salariée et d'une activité libérale** (ou toute autre activité non salariée), seule l'activité salariée est soumise au respect de la durée maximale du travail. Il n'existe pas de durée de travail mesurable en libéral. Mais l'obligation d'information de l'employeur est toujours valable.

Un salarié qui cumule plusieurs emplois doit respecter l'**obligation de loyauté** : il ne peut pas exercer une activité pouvant concurrencer celle de son employeur (que le salarié travaille à son compte ou pour un autre employeur).

Le **cumul peut être interdit** par une disposition conventionnelle ou une clause d'exclusivité du contrat de travail (noter que la clause d'exclusivité s'applique même si l'activité ne concurrence pas celle de l'employeur).

Cumul d'emplois public et privé (incluant ou non l'exercice libéral)

Plus d'informations ici.

3. La fiche de poste

La fiche de poste n'est pas obligatoire. Elle sert d'abord à déterminer les rôles et les responsabilités de chacun dans l'entreprise/l'établissement. Dans le cadre du recrutement, elle contribue à mettre en lumière les objectifs souhaités et les caractéristiques du poste et les compétences indispensables. Elle sert de base pour l'entretien annuel d'évaluation, elle permet donc aussi au salarié d'être informé des critères objectifs sur lesquels il sera évalué par son supérieur administratif.

La fiche de poste décrit les différentes caractéristiques du poste et de son environnement :

- l'intitulé du poste,
- la position dans l'organigramme de l'entreprise/établissement,
- l'environnement et les conditions de travail (lieu de travail, rythme de travail, organisation, temps dédié à chaque type d'activité, etc.),
- l'accès au poste et les conditions d'engagements (salaire, type de contrat, etc.),
- la description des missions et activités (fréquence et importance),
- les difficultés du poste,
- les relations avec les autres postes.

La fiche de poste peut également mentionner les attraits spécifiques du poste (autonomie, perspectives d'évolution, formation continue, etc.).

Le salarié et son supérieur élaborent ensemble la fiche de poste lors de la négociation avant embauche (un modèle est proposé par l'employeur), dans laquelle ils mettent leurs éléments en commun, et c'est de ces réflexions qu'aboutira la fiche de poste qu'ils signeront.

Une **lettre de mission** pourra être annexée à la fiche de poste si de nouvelles missions sont confiées au salarié (projet personnalisé, objectifs annuels établis au regard de la stratégie de l'établissement, etc.). C'est à l'issue de l'entretien individuel d'évaluation que cette lettre de mission sera élaborée.

Pour la fonction publique, on se réfère au répertoire des métiers, fiche « orthophoniste » :

<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/>

Pour le secteur privé, on se réfère à la fiche métier « orthophoniste » de Pôle Emploi :

<http://candidat.pole-emploi.fr/marche-du-travail/fichemetierrome?codeRome=J1406> au sein du Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois (ROME) : J1406.

4. Évaluation du salarié

Tous les 2 ans (au minimum), l'**entretien professionnel** est un rendez-vous **obligatoire** entre un salarié et son employeur (*Code du travail, article L6315-1*). Il est destiné à envisager les perspectives d'évolution professionnelle du salarié et les formations qui peuvent y contribuer. Il vise à accompagner le salarié dans ses perspectives d'évolution professionnelle (qualifications, poste, promotion, etc.) et identifier ses besoins de formation.

L'entretien professionnel concerne tous les salariés : en CDI ou CDD, contrat de travail temporaire, contrat aidé, travaillant à temps plein ou temps partiel, et dans toutes les entreprises et tous les secteurs d'activité.

L'entretien professionnel doit être systématiquement proposé à tout salarié qui reprend son activité après une période d'interruption longue (congé maternité, congé sabbatique, arrêt maladie de plus de 6 mois, etc.).

L'entretien a lieu pendant le temps de travail et est assimilé à du temps de travail effectif. Un compte rendu est rédigé pendant l'entretien et une copie est fournie au salarié.

Si un salarié n'a pas bénéficié durant les six dernières années des entretiens professionnels et d'au moins 2 des 3 actions prévues (action de formation, certification ou VAE, progression), l'employeur doit abonder le compte personnel de formation (CPF) de :

- ◆ 100 heures pour un emploi à temps plein,
- ◆ ou 130 heures pour un emploi à temps partiel.

L'entretien professionnel ne concerne pas l'évaluation du travail du salarié, qui est effectuée dans le cadre de l'entretien annuel.

La loi n'impose pas à l'employeur d'**entretien annuel**, mais il est tout à fait en droit de le faire, pour faisant le point sur la réalisation des objectifs fixés, les conditions de travail, les difficultés et les besoins, etc.

L'évaluation peut être imposée à l'employeur par la convention collective. Dans ce cas, il doit respecter les dispositions prévues (entretiens d'évaluation obligatoires, périodicité et contenu de ces entretiens, etc.). Le salarié ne peut pas refuser d'être évalué par son employeur si cette évaluation respecte les méthodes et techniques d'évaluation professionnelle utilisées dans l'entreprise (elles doivent être objectives et transparentes, et identiques pour tous les salariés). Le salarié n'est pas autorisé à être assisté par un représentant du personnel pendant l'entretien.

L'employeur n'est pas obligé de remettre un compte rendu écrit au salarié, sauf si la convention collective le prévoit. Si un compte rendu lui est remis, le salarié n'est cependant pas obligé de le signer. Les résultats obtenus sont confidentiels : seul le salarié concerné peut en avoir connaissance.

À l'issue de l'entretien, l'employeur peut proposer une augmentation de la rémunération ou une promotion, mais pas une rétrogradation ou une baisse de salaire (sauf accord du salarié). Une mauvaise évaluation ne suffit pas, à elle seule, à justifier un licenciement. Cependant, elle peut constituer un élément (parmi d'autres) pouvant justifier un licenciement pour insuffisance professionnelle.

Cf. Code du travail : articles L1222-1 à L1222-5

5. La couverture sociale

Salarié du secteur privé et contractuels du secteur public

Tous les salariés sont affiliés à un organisme de sécurité sociale par leur employeur. Les salariés du secteur privé (et contractuels du service public) relèvent de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Au niveau local, le salarié est rattaché à la CPAM de sa résidence habituelle.

En complément des garanties de base de la Sécurité sociale, un salarié peut bénéficier de prestations de la complémentaire santé (« mutuelle ») de l'entreprise qui l'emploie. Depuis janvier 2016, l'employeur doit faire bénéficier tout salarié d'une couverture complémentaire santé, quelle que soit son ancienneté dans l'entreprise. Le salarié n'a pas de démarche à effectuer. C'est l'entreprise qui négocie le contrat et assure son suivi auprès de l'organisme assureur. Il y a un « panier de soins » minimum fixé légalement, mais des prestations supplémentaires peuvent avoir été choisies par l'entreprise, et des options individuelles sont possibles pour chaque salarié.

Un salarié peut refuser d'adhérer au dispositif de complémentaire santé (mutuelle) ou de prévoyance complémentaire obligatoire de son employeur, si le salarié :

- est déjà couvert au titre d'ayant droit,
- a déjà une mutuelle (la dispense joue uniquement jusqu'à l'échéance du contrat individuel,
- bénéficie de la CMUC ou de l'ACS,
- est salarié à temps partiel et déjà couvert par un autre employeur ou dans le cadre d'une activité indépendante (libérale).

Si vous êtes déjà couvert·e en qualité d'ayant-droit (de votre conjoint le plus souvent), vérifiez quel est le régime complémentaire le plus intéressant pour vous et votre conjoint.

Titulaire de la fonction publique

Les titulaires de la fonction publique (fonctionnaires) sont rattachés au régime spécial des fonctionnaires, et selon le département de résidence, c'est la CPAM ou une mutuelle qui est en charge des prestations base. En effet, dans certains départements, la CPAM a délégué la gestion de la couverture obligatoire à un ou plusieurs organismes de mutuelle.

Pour savoir quel organisme gère les prestations de base dans votre département, vous pouvez vous renseigner auprès de l'un des organismes suivants :

- CPAM ;
- Mutuelle à laquelle vous souhaitez adhérer ;
- Service des ressources humaines.

Le choix d'un organisme complémentaire (« mutuelle ») est libre. Renseignez-vous auprès des collègues qui exercent déjà dans l'établissement, il existe des mutuelles spécifiques des agents publics hospitaliers, mais ne choisissez pas trop rapidement. Vous pouvez aussi rester ou devenir ayant droit de votre conjoint si celui/celle-ci a déjà une mutuelle.

6. La formation professionnelle

Tous les salariés ont droit à la formation professionnelle continue. La formation a pour objet de favoriser l'insertion (ou réinsertion) professionnelle, le maintien dans l'emploi, le développement de leurs compétences et l'accès aux différents niveaux de la qualification professionnelle, de contribuer à la sécurisation des parcours professionnels et à leur promotion sociale.

Plan de formation de l'entreprise

L'employeur doit assurer l'adaptation de ses salariés à leur poste de travail et veiller au maintien de leur capacité à occuper leur emploi. Le plan de formation de l'entreprise n'est pas obligatoire, mais très courant, c'est un document qui rassemble l'ensemble des actions de formation retenues par l'employeur pour ses salariés.

Plus d'informations ici.

Compte personnel de formation (CPF)

Le compte personnel de formation (CPF), alimenté en heures³, est utilisable par tout citoyen en activité (salarié, indépendant⁴, libéral, chômeur) tout au long de sa vie active, pour suivre une formation qualifiante. Le CPF a remplacé le droit individuel à la formation (DIF) mais les salariés ne perdent pas les heures acquises au titre du DIF et pourront les mobiliser jusqu'au 31 décembre 2020. Le CPF fait partie du compte personnel d'activité (CPA)⁵.

Plus d'informations ici.

Congé individuel de formation (CIF)

Le congé individuel de formation (CIF) est un congé qui permet au salarié de s'absenter de son poste afin de suivre une formation pour se qualifier, évoluer ou se reconvertir. Le Cif est ouvert sous conditions. Il est accordé sur demande à l'employeur. Le salarié est rémunéré pendant toute la durée de la formation.

La formation demandée n'a pas besoin d'être en rapport avec l'activité du salarié.

Le salarié doit justifier d'une activité salariée d'au moins 2 ans, dont 1 an dans la même entreprise (pour les CDD : 2 ans d'activité effective cumulée au cours des 5 dernières années).

Durant le CIF, le salarié est rémunéré à 100 % de son salaire brut mensuel (jusqu'à 3 000 € de salaire brut environ) si la formation ne dépasse pas 1 an à temps plein ou 1200 heures à temps partiel. Le temps passé en CIF est assimilé à du temps de travail, les congés payés et les primes sont dus en totalité.

Pour trouver où s'informer : <http://www.opacif.fr/>

³Le CPF devrait bientôt être alimenté en euros (et non plus en heures) selon la loi du 5 septembre 2018 « pour la liberté de choisir son avenir professionnel » non encore appliqué.

⁴Le CPF s'applique aux travailleurs indépendants (dont les professionnels libéraux) depuis 2018, mais leur compte ne sera visible qu'à partir du 1^{er} janvier 2019.

⁵Le CPA se compose du compte personnel de formation (CPF), du compte professionnel de prévention (C2P) et du compte d'engagement citoyen (CEC). Dès l'âge de 16 ans, chacun a droit à un CPA qui permet de consulter et d'utiliser ses droits inscrits. Le CPF cesse d'être alimenté au moment du départ en retraite sauf pour les heures obtenues grâce au CEC.

Conseil en évolution professionnelle

Le conseil en évolution professionnelle (CEP) est un dispositif d'accompagnement gratuit et personnalisé proposé à toute personne souhaitant faire le point sur sa situation professionnelle et, s'il y a lieu, établir un projet d'évolution professionnelle (reconversion, reprise ou création d'activité...). Il est assuré par des conseillers d'organismes habilités (Pôle Emploi, Apec, Mission Locale, Opacif, CAP emploi).

L'accompagnement de la personne dans le cadre du CEP est réalisé sur le temps libre, et elle est gratuite (entretien, conseil et accompagnement).

Bilan de compétence

Tout salarié (en CDI ou CDD) justifiant de 5 ans de salariat a droit à un congé lui permettant de réaliser un bilan de compétences durant ses heures de travail. Ce congé peut être rémunéré par l'Opacif de votre établissement (<http://www.opacif.fr/>).

Si le bilan de compétence est effectué sur le temps de travail, le salarié doit faire sa demande (dates et organisme choisi) au moins 60 jours avant le début du bilan. L'employeur a alors 30 jours pour répondre, il ne peut que reporter le début dans la limite de 6 mois.

Pour information : <http://www.cibc.net/>

Développement professionnel continu (DPC) pour les salariés

Si vous exercez à plus de 50 % en salariat, vous devez réaliser votre obligation de DPC dans le cadre de l'exercice salarié. Sinon, et si vous avez une activité libérale, vous avez tout intérêt à remplir votre obligation de DPC dans le cadre de votre activité libérale, pour avoir toute liberté sur le choix des formations.

Si vous n'avez pas d'exercice libéral, vous ne devez pas créer de compte personnel sur www.mondpc.fr. Renseignez-vous sur votre organisme de DPC et votre programme depuis le moteur de recherche du site [mondpc.fr](http://www.mondpc.fr) (ou directement auprès d'un organisme de formation), puis contactez votre employeur (service de formation) ou votre OPCA (organisme de formation propre à la branche professionnelle : UNIFAF ou FORMAHP pour les orthophonistes salariés du privé, ANFH pour le secteur public).

<http://www.unifaf.fr/>

<http://www.anfh.fr/>

Formation professionnelle dans la fonction publique

Chaque agent doit bénéficier, chaque année, d'un **entretien de formation** avec son supérieur hiérarchique administratif, destiné à déterminer ses besoins de formation (ou préparation de concours, processus de VAE, bilan de compétence, etc.).

Tout agent hospitalier, fonctionnaire ou contractuel, dispose d'un **passport de formation** remis lors de son entrée dans la fonction publique hospitalière. Ce passeport recense toutes les actions de formation auxquelles il participe, les diplômes obtenus, etc. Il mentionne également les décisions prises lors des entretiens annuels de formation ou à la suite de bilans de compétences.

Un agent public peut être tenu de suivre des formations continues à la demande de son administration, elles sont alors obligatoires. Dans ce cas, les formations sont accomplies pendant les heures de travail (elles peuvent déborder, mais le refus de l'agent de participer à des actions de formation

réalisées en dehors du temps de travail ne constitue ni une faute ni un motif de sanction).

L'agent peut demander à bénéficier de formations continues sur son temps de travail.

Les formations sont accordées sous réserve des nécessités de service. L'accès à une formation continue est de droit pour l'agent n'ayant bénéficié d'aucune formation continue au cours des 3 années précédentes. La rémunération est maintenue pendant l'action de formation qui a lieu pendant le temps de service, les frais de déplacement et d'hébergement sont pris en charge par l'administration.

L'établissement ne peut opposer trois refus *consécutifs* à une demande de congé qu'après avis de la CAP (commission administrative paritaire).

Le temps passé en congé de formation professionnelle est considéré comme du temps de service, il est en conséquence pris en compte pour l'avancement et la promotion interne. Les droits à congé annuel sont également conservés pendant la formation.

Les agents publics, titulaires ou contractuels, bénéficient également du **CPF** (compte personnel de formation, voir ci-dessus), ils sont également obligés de répondre aux obligations de **DPC**.

Cf. Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière

Le partage d'information

L'équipe de soins

Elle est définie dans le décret n° 2016-996 du 20 juillet 2016 relatif à la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles peuvent exercer les membres d'une équipe de soins

Le décret est pris pour l'application de l'article 96 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

« L'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes.

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le présent décret a pour objet de définir la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles les professionnels sont réputés être membres d'une équipe de soins. »

Trois cas de figure : les professionnels exercent dans la même structure, soit ils se sont vus reconnaître la qualité de membres de l'équipe de soins par le patient, soit ils exercent dans un ensemble comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et de pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Le secret médical partagé

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 prévoit que le partage des données de santé ne vise plus uniquement les professionnels de santé mais **tout professionnel qui participe à la prise en charge du patient**.

Un professionnel peut échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, **avec un ou plusieurs** professionnels identifiés, **participant à sa prise en charge**, à condition que ces informations soient **strictement nécessaires** à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne entre des professionnels ne faisant **pas partie de la même équipe de soins**, requiert un **consentement préalable**, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la fa-

mille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le 20 juillet 2016 est paru le décret n°2016-994 qui détermine les catégories de professionnels du champ social et médico-social qui sont désormais habilités à échanger et partager avec les professionnels de santé.

La condition à respecter est qu'il s'agisse d'informations « **strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social** de ladite personne » (Article R 1110-1 du code de la santé publique).

Le nouvel article R. 1110-2 du code de la santé publique permet donc à des personnes extérieures à la profession médicale de consulter les informations de santé des patients.

Art. R. 1110-2.-*Les professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à la même personne prise en charge appartiennent aux deux catégories suivantes :*

- « 1° Les **professionnels de santé** mentionnés à la quatrième partie du présent code, quel que soit leur mode d'exercice ;
- « 2° Les professionnels relevant des sous-catégories suivantes :
 - « a) **Assistants de service social** mentionnés à l'article L. 411-1 du code de l'action sociale et des familles ;
 - « b) **Ostéopathes, chiropracteurs, psychologues et psychothérapeutes non professionnels de santé par ailleurs, aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux** ;
 - « c) **Assistants maternels et assistants familiaux** mentionnés au titre II du livre IV du code de l'action sociale et des familles ;
 - « d) **Éducateurs et aides familiaux, personnels pédagogiques occasionnels des accueils collectifs de mineurs, permanents des lieux de vie** mentionnés au titre III du livre IV du même code ;
 - « e) **Particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées** mentionnés au titre IV du livre IV du même code ;
 - « f) **Mandataires judiciaires à la protection des majeurs et délégués aux prestations familiales** mentionnés au titre VII du livre IV du même code ;
 - « g) **Non-professionnels de santé salariés des établissements et services et lieux de vie et d'accueil** mentionnés aux articles L. 312-1, L. 321-1 et L. 322-1 du même code, ou y exerçant à titre libéral en vertu d'une convention ;
 - « h) **Non-professionnels de santé mettant en œuvre la méthode** prévue à l'article L. 113-3 du même code **pour la prise en charge d'une personne âgée en perte d'autonomie** ;
 - « i) **Non-professionnels de santé membres de l'équipe médico-sociale compétente pour l'instruction des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie** mentionnée aux articles L. 232-3 et L. 232-6 du même code, ou contribuant à cette instruction en vertu d'une convention.

Le décret précise également les modalités de cet échange et de ce partage.

La personne est dûment **informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage** d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Les modalités de l'échange sont organisées par l'article R. 1110-3 du code de la santé publique, étant précisé que le consentement préalable du patient n'est requis qu'en cas de partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins.

Sanctions : le non-respect des modalités précédentes est une violation du secret professionnel sanctionnée pénalement par l'article L.1110-4, V, du CSP punissable d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Patient hors d'état d'exprimer sa volonté : seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer ce patient peut dispenser le professionnel ou la personne participant à sa prise en charge de l'obligation d'information préalable.

La personne concernée, dès que son état de santé le permet, est informée de l'échange ou du partage des informations auquel il a été procédé. Il en est également fait mention dans le dossier médical afin de sécuriser juridiquement la situation.

Bonus : [lien vers questions/réponses secret professionnel février 2017](#)

Éthique : la charte éthique

Depuis plusieurs années le Conseil d'Administration Fédéral (CAF) de la FNO demandait que soit rédigée une charte éthique. La commission éthique de la FNO a donc travaillé sur l'élaboration de la charte éthique des orthophonistes en s'inspirant des chartes en santé en France, en Europe et à l'international, des chartes en orthophonie en Europe et à l'international, avec le projet de bien distinguer charte éthique basée sur les valeurs et des principes, et règles professionnelles ou codes de déontologie, basés sur des obligations. Les deux doivent coexister. Surtout cette charte doit être le reflet des valeurs partagées par les orthophonistes à l'intérieur du monde du soin.

Pourquoi une charte éthique ?

Une charte éthique a pleinement sa place dans le champ du soin.

Pour la construire il y a eu d'abord réflexion de la commission éthique sur les valeurs partagées et sur le sens de l'éthique en orthophonie.

Les valeurs sont celles que l'on retrouve dans le monde du soin : respect, dignité, empathie, justice, bienveillance, objectifs de nos soins...

Nous avons partagé avec les membres du Conseil d'administration de la FNO la réflexion sur l'éthique montrant qu'elle est présente bien souvent dans notre travail : questionnement par rapport aux normes de tous ordres que nous devons respecter et qui peuvent entrer en conflit, questionnement par rapport à des situations, à des patients. Questionnement sur la place de chacun dans la relation thérapeutique.

En reprenant ce qui existe déjà dans le monde du soin, c'est-à-dire les principes de bioéthique, les principes du soin, l'éthique clinique, nous avons rédigé un texte qui a été amendé par les régions puis voté en Conseil d'administration en juin 2017.

Une charte n'implique pas d'obligation. La signer c'est simplement montrer que l'on partage les mêmes valeurs.

Que représente une charte éthique en orthophonie ?

L'orthophonie est une profession de santé dont l'objectif premier est de soigner (prévention, diagnostic, réhabilitation, soins, accompagnement...). Cela implique nécessairement que le patient est au centre et ce, d'autant plus depuis la loi de 2002 (droit des malades), c'est-à-dire : décision partagée, décision libre et éclairée, donc information claire et respectueuse, non-discrimination, respect et dignité, c'est-à-dire confidentialité.

Malgré les connaissances, les lois, les normes de santé, scientifiques, institutionnelles, soigner une personne nous confronte à des questionnements. Nous devons tenir compte de l'environnement social et culturel du patient, de son histoire par rapport à la maladie, le trouble ou le handicap, de ses valeurs, et interagir au mieux. Les valeurs partagées, les principes de bioéthique ou d'autres principes éthiques peuvent guider de façon consensuelle les orthophonistes.

Les principes :

Les principes de bioéthique :

- autonomie : faire que le patient puisse participer à son soin ; consentement partagé, libre et éclairé pour que le patient puisse décider, pour respecter sa volonté ; confidentialité pour respecter sa dignité ;
- justice : il ne doit pas y avoir de discrimination. Tous les patients ont les mêmes droits et devraient avoir accès à la même qualité de soin, aux mêmes soins ;
- bienfaisance : nous devons faire au mieux pour le patient et le respecter, pour soulager la souffrance, procurer des bienfaits, préserver la santé. Pour tout cela il nous faut utiliser les moyens et les techniques les plus appropriés et les plus performants ;
- non-malfaisance : bien entendu nous ne devons pas nuire au patient. Parfois pensant bien agir, il peut arriver qu'il y ait des effets négatifs, qu'il faut éviter.

Aux principes de bioéthique on peut ajouter d'autres approches éthiques concernant le soin : l'éthique clinique s'est construite sur des valeurs pérennes depuis Hippocrate (respect et dignité, apporter les meilleurs soins, ne pas nuire, préservation de la vie humaine..).

Nous espérons que les orthophonistes partageront cette charte éthique et la diffuseront largement.

Charte éthique de la fno

- ☑ **L'orthophoniste**, professionnel de santé, se doit de se donner les moyens de répondre au mieux aux interlocuteurs, d'accueillir, de soigner et d'accompagner les patients sans aucune discrimination.
- ☑ **L'orthophoniste** veille à respecter la dignité et l'autonomie du patient en lui donnant les informations nécessaires à la bonne compréhension du soin.
- ☑ **L'orthophoniste** agit avec humanité et prend en compte la personne, ses besoins, son vécu, ses droits fondamentaux, sa liberté de choix.
- ☑ **L'orthophoniste** est responsable :
 - de l'entretien de son niveau de compétences professionnelles et d'interactions humaines ;
 - de ses décisions de soins en prêtant attention aux objectifs de bienfaisance et de non-malfaisance ;
 - du maintien de sa posture de soignant dans le contexte d'éventuelles pressions institutionnelles, médicales, familiales ou autres.
- ☑ **L'orthophoniste** est tenu de respecter l'intimité du patient et de se contraindre au secret professionnel.
- ☑ **L'orthophoniste** participe au développement et au partage des connaissances cliniques de la profession ;
- ☑ **L'orthophoniste** entretient avec ses pairs des relations d'entraide et de bonne confraternité.

CHARTÉ ÉTHIQUE DE LA FNO
ADOPTÉE EN CONSEIL
D'ADMINISTRATION FÉDÉRAL LE 11 JUIN 2017

Précision : différencier lois/déontologie/éthique, sachant que la loi doit être appliquée, que les règles professionnelles sont opposables.

1) principales lois en orthophonie

- Code de la santé publique, revu en 2016, en particulier pour la définition de l'orthophonie
- Convention nationale des orthophonistes (dont avenant 16 paru en octobre 2017)
- Loi sur les droits des patients c'est-à-dire l'autonomie et le consentement éclairé : LOI KOUCHNER 2002
- Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : 2005
- Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : 2015
- Loi sur la fin de vie : LOI LEONETTI-CLAEYS 2016 en révision de la loi Leonetti de 2005 (directives anticipées, décision de ne pas prolonger les traitements, formation des professionnels de santé..)
- lois santé

2) déontologie

Ensemble des règles professionnelles qui concernent les devoirs et les obligations d'une profession, pour nous les règles professionnelles des orthophonistes, toujours en attente de la signature du ministère de la santé. Si les règles ne sont pas respectées, il peut y avoir sanction (par ex : comment se passe une collaboration, devoirs envers le patient, devoirs envers les collègues, pas d'ingérence dans la pratique d'un collègue...).

Pour exemple comparatif, il existe un code de déontologie médicale (1947, révisé en 1995) différent du serment d'Hippocrate à valeur de charte médicale éthique.

3) éthique

Face à certaines situations de notre pratique professionnelle, les lois, les normes et les règles ne suffisent pas : ce sont des valeurs et des principes qui vont guider notre questionnement... « Qu'est-ce qu'il est juste de faire pour chacun et à chaque instant ? »

C'est ce qui a conduit la FNO à la rédaction de la CHARTE ÉTHIQUE.

Les principes de bioéthique : la bioéthique est une partie de l'éthique qui a pris naissance dans les années 1960 suite à la réflexion après la deuxième guerre mondiale (code de Nuremberg) et devant les progrès scientifiques, pour penser l'éthique du vivant. Au sein de l'UNESCO, il existe un comité international de bioéthique depuis 1993 qui a adopté en octobre 2005 la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme. On y trouve 17 principes (dignité humaine, effets bénéfiques et effets nocifs, autonomie et responsabilité, consentement, protection des personnes incapables d'exprimer leur consentement, respect de la vulnérabilité humaine et intégrité de la personne, vie privée et confidentialité, égalité justice et équité, non-discrimination et non stigmatisation, respect de la diversité culturelle et du pluralisme, solidarité et coopération, responsabilité sociale et santé, partage des bienfaits, protection des générations futures, protection de l'environnement, de la biosphère et de la biodiversité).

On réduit souvent l'éthique dans le soin à quatre principes de bioéthique : autonomie, équité, bienfaisance et non malfaisance. Pour élargir la réflexion, il est intéressant de chercher ce qui est émis sur le plan éthique par l'Association Mondiale de Médecine (AMM) fondée en 1947 : il existe un code international d'éthique médicale et des déclarations dont celle de Genève qui est le « serment d'Hippocrate moderne », sorte de charte éthique.

Des exemples de questionnement éthique en orthophonie

- Comment respecter les demandes urgentes (urgence vitale, urgence fonctionnelle, urgence ressentie)
- Quelle priorité ?
- Respect de la confidentialité, du secret médical. À qui et comment transmettre des informations concernant le patient et sa prise en charge ?
- La relation thérapeutique, la relation de soin avec le patient.
- Comment bien communiquer avec le patient dans le cadre des soins.
- La position de l'orthophoniste vis-à-vis de la hiérarchie, vis-à-vis des institutions, vis-à-vis des familles, vis-à-vis de certains impératifs.
- Consentement aux soins, Refus de soin.
- L'information au patient.
- Qui décide de la rééducation ?
- Doit-on imposer un traitement ?
- Qui décide de l'arrêt de la rééducation ?
- Les maltraitances.

Profil professionnel européen de l'orthophoniste-logopède

Le champ d'exercice de l'orthophonie en Europe ainsi que sa formation varient peu d'un pays à l'autre. De plus, la profession est réglementée dans la majorité des États membres.

Pour pouvoir prétendre à une autorisation d'exercice, le demandeur doit être titulaire d'un diplôme délivré par l'Union Européenne ou l'Association Économique de Libre-Échange (Suisse, Norvège, Islande, Liechtenstein).

Les démarches à accomplir pour obtenir une autorisation d'exercice en France

L'autorité compétente est la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale.

Des commissions régionales d'autorisation d'exercice sont convoquées afin d'examiner les dossiers des requérants. Ces commissions sont composées de 4 orthophonistes (2 exerçant en libéral, 1 exerçant dans la fonction publique hospitalière et 1 exerçant dans le secteur médico-social), d'1 médecin, d'1 représentant de l'ARS, d'un représentant du rectorat et d'1 représentant de la DRJSCS.

Les dossiers sont examinés (contenus théoriques de formation initiale et stages réalisés durant la formation initiale) et des mesures de compensation peuvent être demandées. Ces mesures peuvent prendre la forme de stages ou d'examens écrits (au libre choix du demandeur).

Une fois les mesures de compensation réalisées, la commission émet un avis pour l'autorisation d'exercice du demandeur.

C'est le préfet qui donne cette autorisation.

Les diplômés français qui veulent exercer à l'étranger

Un français souhaitant exercer à l'étranger doit avant tout s'informer sur le niveau de réglementation de la profession dans le pays visé (réglementation du titre/réglementation du champ d'exercice)

D'un pays à l'autre, il peut exister un niveau de réglementation différent que celui ayant cours en France (titre d'orthophoniste protégé, champ d'exercice de l'orthophonie également protégé). Dans certains pays, il n'est donc pas nécessaire de faire reconnaître officiellement son diplôme.

Il lui faut ensuite contacter l'autorité compétente du pays visé le cas échéant, puis constituer le dossier (supplément au diplôme, détail des enseignements suivis lors de la formation initiale dont stages, expérience professionnelle, formation continue).

En cas de questions, il est possible de contacter le centre d'aide européen SOLVIT (Secrétariat général des affaires européennes, 68 Rue de Bellechasse, 75700 PARIS, Tel. : +33 1 44 87 17 98, solvit@sgae.gouv.fr)

Cas particulier du Québec

En dehors de l'Union européenne (depuis le 1^{er} mai 2004, 25 pays), la France a signé un Arrangement de Reconnaissance Mutuel avec le Québec le 14 octobre 2016. (ARM)

Cet ARM définit clairement la procédure à suivre pour les demandeurs. L'ARM ne s'applique qu'aux orthophonistes ayant obtenu leur diplôme en France et au Québec. Les personnes ayant obtenu une autorisation d'exercice pour un diplôme obtenu en Europe par exemple ne peuvent pas prétendre à cet ARM.

Procédure

Un français diplômé avant 2018 et souhaitant aller s'installer au Québec devra suivre un module concernant le fonctionnement du système professionnel et du système de santé québécois, 2 stages d'adaptation, et 4 modules (troubles de la fluence, suppléance à la communication, méthodes de recherche en orthophonie et counseling).

Un français diplômé après 2018 devra suivre un module concernant le fonctionnement du système professionnel et du système de santé québécois et 1 stage d'adaptation.

Les demandes doivent être envoyées à L'Ordre des Orthophonistes et des Audiologistes du Québec.

Un québécois souhaitant s'installer en France devra suivre un module concernant le fonctionnement du système professionnel et du système de santé français, 1 stage d'adaptation en cabinet libéral, 1 stage d'adaptation en salariat et un module d'environ 50 heures en cognition mathématique. Les demandes doivent être envoyées à la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale de Nantes.

La recherche

Le master et le mémoire de recherche

Depuis la réingénierie du diplôme d'orthophoniste (en 2013), la possibilité d'effectuer un mémoire recherche a été intégrée dans la maquette de formation (qui entre dans le parcours recherche de l'étudiant).

Grâce au parcours recherche, l'étudiant découvre le fonctionnement d'un laboratoire de recherche, appréhende les outils statistiques, et se confronte à une méthodologie spécifique.

Le recrutement des enseignants-chercheurs orthophonistes et l'intégration de la recherche en orthophonie dans les unités de recherche CNRS

Actuellement il n'existe pas de section de recherche spécifique en orthophonie.

Un orthophoniste clinicien peut intégrer l'une des équipes de recherche *Unadréo* afin de participer aux différents projets de recherche du Laboratoire Unadréo de Recherche Clinique en Orthophonie (LURCO), mais cette voie ne permet pas de faire carrière. Dans ce cas, l'orthophoniste doit valider un doctorat, pour ensuite postuler aux différents postes de chercheur au CNRS ou d'enseignant-chercheur dans les universités. Pour ce faire, il doit se rapprocher d'un laboratoire de recherche, trouver un directeur de recherche ainsi qu'un financement afin de pouvoir s'inscrire auprès d'une école doctorale dans le but d'obtenir un doctorat. Il pourra ensuite obtenir une qualification aux fonctions de maître de conférences, pour passer un concours et devenir enseignant chercheur dans une autre section que l'orthophonie.



FNO Service juridique
145 boulevard Magenta – 75010 Paris
Chargée du Service juridique : Maude Seret-Premier
Tél. : 01 40 37 41 44 – Fax : 01 40 37 41 42
Courriel : service.juridique@fno.fr