



LE LIVRET PROFESSIONNEL

2024



Introduction

24 600 orthophonistes exercent en France. Près de 900 nouveaux diplômés issus des Centres de Formation Universitaires en Orthophonie Français entrent dans la profession d'orthophoniste chaque année.

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, les contraintes mais aussi les 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.

Le Livret professionnel est un document en ligne, ouvert à tous.

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 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 fiables 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 la version @2024 du Livret professionnel.

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 !

Sarah Degiovani

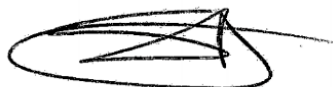


Table des matières

Introduction	2
L'historique de l'orthophonie	10
Les données démographiques	12
L'orthophonie en chiffres	12
Profil des orthophonistes	12
Évolution de notre démographie	12
Revenu moyen des orthophonistes en libéral	13
Activité moyenne des orthophonistes en libéral	14
C@rtosanté.....	15
Rezone	15
Le statut légal	16
Les textes réglementaires	16
Le Code de la santé publique	16
<i>Définition de l'orthophonie</i>	16
<i>Le diplôme</i>	17
<i>Liste des actes pouvant être accomplis par l'orthophoniste</i>	17
Les textes référentiels de l'orthophonie.....	18
La Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).....	19
La convention nationale.....	19
L'exercice illégal.....	19
Le système de santé français	20
Le niveau national	20
L'organisation ministérielle	20
Une institution particulière : la Sécurité sociale	21
<i>Les objectifs généraux de la Sécurité sociale</i>	21
<i>L'organisation de la Sécurité sociale</i>	21
<i>Les commissions paritaires</i>	23
Le niveau régional	23
Les agences régionales de santé (ARS)	23
La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).....	24
Les union régionales des professionnels de santé (URPS) orthophonistes	25
Le niveau départemental	27
Le conseil territorial de santé (CTS).....	27
Les délégations territoriales de l'ARS	27
Le niveau local.....	27

L'accès à la vie professionnelle	28
La formation initiale	28
Autorisation d'exercice en France	29
Les diplômés français qui veulent exercer à l'étranger	29
Première installation	29
Le statut de maître de stage	30
Encadrement des stagiaires en formation initiale	30
Encadrement des stagiaires lors d'une procédure de reconnaissance de diplôme européen. ..	30
Encadrement d'autres étudiants en filière santé	31
La recherche en orthophonie	32
Généralités	32
Le master et le mémoire de recherche	33
Participation des orthophonistes à la recherche	33
Le recrutement des orthophonistes praticiens-enseignants	34
La voie vers le doctorat	34
L'exercice libéral	36
L'installation	36
Les démarches	36
<i>Première installation</i>	36
<i>Déménagement dans le même département</i>	37
<i>Déménagement dans un autre département de la même région</i>	38
<i>Déménagement dans une autre région</i>	39
L'importance des contrats	40
La collaboration	41
<i>Cadre législatif</i>	41
<i>Objet de la collaboration</i>	41
<i>Le contenu et la durée du contrat</i>	42
<i>Les statuts de titulaire et de collaborateur</i>	42
<i>Patientèle personnelle du collaborateur et clause de non détournement</i>	43
<i>La redevance de collaboration</i>	44
<i>Le remplacement du collaborateur</i>	45
<i>Cas particulier : collaboration et grossesse ou accueil d'un enfant</i>	45
Le remplacement	46
<i>La durée</i>	46
<i>Le motif</i>	46
<i>Le montant de la rétrocession</i>	46
<i>La clause de non-réinstallation</i>	46
<i>La clause de non-concurrence</i>	46
<i>L'état des lieux</i>	46
<i>La CPS remplaçant</i>	47

L'association	47
<i>Le contrat d'exercice en commun</i>	47
<i>Les sociétés civiles de moyens (SCM)</i>	47
La transmission du cabinet	48
<i>Droit de présentation de la patientèle</i>	48
<i>Indemnité de présentation à patientèle</i>	48
<i>Les aspects fiscaux de la cession</i>	49
<i>La transmission dans le cadre d'un cabinet de groupe</i>	50
<i>Précautions à prendre en cas de transmission de cabinet</i>	50
<i>Cession à titre gratuit ou pour 1€ symbolique : attention !</i>	51
<i>La convention d'intégration (pour les collaborateurs qui s'associent)</i>	51
Le lieu d'exercice	52
<i>Le secteur géographique</i>	52
<i>Le local : destination et accessibilité</i>	52
Aides à l'installation	53
<i>Le zonage</i>	53
<i>Mesures incitatives</i>	53
Dispositions générales.....	54
L'aide à la première installation	55
L'aide à l'installation	55
L'aide au maintien	56
Modulation possible par l'ARS du contrat type régional	57
Publicité	57
Affichage.....	57
L'exercice conventionné.....	59
Le bilan.....	59
Le bilan initial.....	59
Le bilan en renouvellement	60
Le bilan de prévention et d'accompagnement parental (BPA)	61
Les séances.....	61
Demande d'accord préalable.....	61
Les séances individuelles	62
Les séances de groupe	64
Adaptations des prescriptions	64
Intervention sur le lieu de vie du patient (notamment en milieu scolaire)	64
Forfaits.....	64
Le forfait majoration enfant orthophoniste (MEO)	65
Le forfait orthophoniste handicap (FOH)	65
Le forfait post-hospitalisation (FPH)	65
Le forfait trouble du neurodéveloppement(FTD)	66

Soins à domicile.....	67
FAMI : Forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet.....	69
Double prise en charge.....	69
Qu'est-ce que la double prise en charge ou prise en charge concomitante ?.....	69
Convention ou pas convention ?	69
Les demandes dérogatoires.....	70
La cas particulier des CMP (centres médico-psychologiques)	70
Les fausses idées	70
La position de la FNO	71
La convention	71
Urgence	72
Télésoin	72
Téléexpertise.....	73
Facturation des soins	74
Généralités	74
Le remboursement des actes aux assurés	74
Le paiement des actes.....	75
<i>Le paiement par l'assuré</i>	75
<i>Le Tiers Payant</i>	75
Télétransmission.....	76
La facturation via la feuille de soins sur support papier.....	77
Le dépassement d'honoraire.....	77
Équipement informatique	77
<i>Le lecteur de carte</i>	77
<i>La CPS</i>	78
Le contrôle médical.....	79
Les instances conventionnelles : les commissions paritaires.....	80
Généralités	80
Rôle de la Commission Paritaire Nationale (CPN).....	80
Rôle de la commission paritaire régionale	82
Rôle de la commission paritaire départementale ou locale.....	82
Le numérique en santé	84
FAMI : Forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet.....	84
Répertoire RPPS : le répertoire partagé des professionnels de santé.....	88
Mon Espace Santé (MES).....	88
Dossier Médical Partagé (DMP).....	88
Identité nationale de santé	89
Adri (Acquisition des DRoits intégrée).....	90
AppCV	90

e-CPS	90
Ordonnance numérique	91
RGPD et cybersécurité	91
L'exercice coordonné	92
Les structures d'exercice coordonné.....	92
Les centres de santé.....	92
La CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé.....	92
Les ESP : Équipes de Soins Primaires.	92
La MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire.....	93
Les ESCAP : Équipes de soins coordonnées avec le patient	93
L'accès direct	94
La protection sociale des Praticiens Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC).....	95
Assiette et taux de cotisations.....	96
Prestations maladie (indemnités journalières)	97
Prestations maternité	98
Prestations paternité	101
Prestations allocations familiales.....	102
Assurances – Protection de la vie professionnelle	106
La responsabilité Civile Professionnelle (obligatoire)	106
L'assurance du cabinet professionnel.....	107
L'assurance perte d'exploitation	107
Le contrat de prévoyance	107
La protection juridique	109
La complémentaire santé.....	109
Carpimko	110
La Carpimko aujourd'hui.....	110
Retraite et invalidité	110
<i>Le régime de base</i>	110
<i>Le régime complémentaire</i>	114
<i>L'Avantage Social Vieillesse (ASV)</i>	115
<i>RID ou régime invalidité décès</i>	115
Action Sociale.....	115
Déclaration et paiement dématérialisés.....	116
Autre contribution : la Curps.....	116
La formation continue	117
Le FIF PL (Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux).....	117
Le DPC (Développement Professionnel Continu)	120
Le Compte Personnel de Formation (CPF).....	122
FOCUS : le bilan de compétences	122

Le crédit d'impôt formation des dirigeants d'entreprise	122
L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU)	123
L'exercice salarié	125
Structure de travail	125
Secteur public.....	125
Secteur privé.....	126
Le contrat de travail	126
Formes de contrats et évolutions	126
<i>Le CDI (contrat à durée indéterminée)</i>	126
<i>Un CDD (contrat à durée déterminée)</i>	126
<i>Fin de contrat, démission et rupture conventionnelle</i>	126
Le salaire.....	128
<i>Fonction Publique Hospitalière</i>	129
<i>CCN 1951 (FEHAP)</i>	130
<i>CCN 1966 (Nexem)</i>	130
Les primes	130
Temps de travail, congés et absence.....	130
Cumul d'emplois privés.....	135
Cumul d'emplois public et privé	136
La fiche de poste	136
Évaluation du salarié.....	137
La couverture sociale.....	138
Salarié du secteur privé et contractuel du secteur public	138
Titulaire de la fonction publique.....	138
La formation professionnelle en salariat.....	139
Plan de développement des compétences	139
Compte Personnel de Formation (CPF).....	139
Projet de transition professionnelle (PTP).....	140
Conseil et évolution professionnelle.....	141
Bilan de compétence	141
Développement Professionnel Continu (DPC) pour les salariés.....	141
Formation professionnelle dans la fonction publique	143
L'éthique et la déontologie	144
Différence entre loi / déontologie / éthique	144
La loi.....	144
Déontologie	144
Éthique	145
La Charte Éthique.....	146
Secret professionnel et secret partagé	149

La fiscalité.....	153
Le régime micro-BNC.....	154
Le régime de la déclaration réelle (n° 2035).....	154
Les frais professionnels déductibles.....	155
Quelques précisions sur chaque poste comptable.....	156
Les aides ZFU-TE et ZRR pour les orthophonistes	158
La Zone de Revitalisation Rurale.....	158
La Zone Franche Urbaine – Territoire Entreprise	159
Les associations de gestions agréées	160
Les coordonnées des régions	161

L'histoire de l'orthophonie

Le terme « 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 XIX^e siècle et jusqu'en 1914 de nombreux centres de traitement du langage sont créés, en France sur initiatives privées et à l'étranger grâce au soutien des pouvoirs publics. Mais c'est après la Première Guerre Mondiale que leur essor va avoir lieu 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 observe la parution des ouvrages de Madame Cléricy du Collet (« La voix retrouvée », « La voix rééduquée »...) dès le début du XX^e siècle puis, plus tard, l'initiative 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 Louise Matha un « Traité de rééducation » en 1939.

Mais l'essentiel de l'émergence de l'orthophonie en France est lié à la personne de Suzanne 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 et rééducatrices 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 à l'orthophonie, l'AMO (acte médical orthophonique), est créée.

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

La suite de l'histoire est plus contemporaine. Le 31 octobre 1996, un nouveau texte conventionnel socle est signé. 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 par l'avenant 16 (publié au Journal Officiel le 26 octobre 2017) qui réécrit entièrement la convention.



À ce jour, notre convention a fait l'objet de 20 avenants successifs afin d'accompagner et de défendre l'évolution de notre exercice.

En 2013, la formation initiale des orthophonistes accède au grade universitaire de Master après de nombreuses années de lutte de toutes les instances de la profession pour parvenir à ce niveau de reconnaissance. Cette évolution est marquée par la publication au Bulletin Officiel du 5 septembre 2013 des référentiels "activités", "compétences" et "formation". Ces référentiels ont été élaborés par la FNO, la FNEO (Fédération nationale des étudiants en orthophonie) et le Ministère de l'Enseignement supérieur et répertorient comme leur nom l'indique, les activités, les compétences et le contenu de la formation des orthophonistes.

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 nouvelle définition prend en compte les évolutions considérables des domaines de compétence et du niveau d'expertise des orthophonistes.

[Retrouvez ici le document les 50 ans de la FNO.](#)

Les données démographiques

L'orthophonie en chiffres

Les chiffres sont issus de la base de données de l'assurance maladie SNDS, nous ne pouvons garantir une précision parfaite, la base de données variant parfois selon la requête.

Profil des orthophonistes

Nombre d'orthophonistes en exercice libéral : 20 682 dont 91 % en libéral exclusif.

Genre des orthophonistes : 97,2 % de femmes

Âge moyen : 44,6 ans pour tous les orthophonistes 42,7 ans pour les libéraux

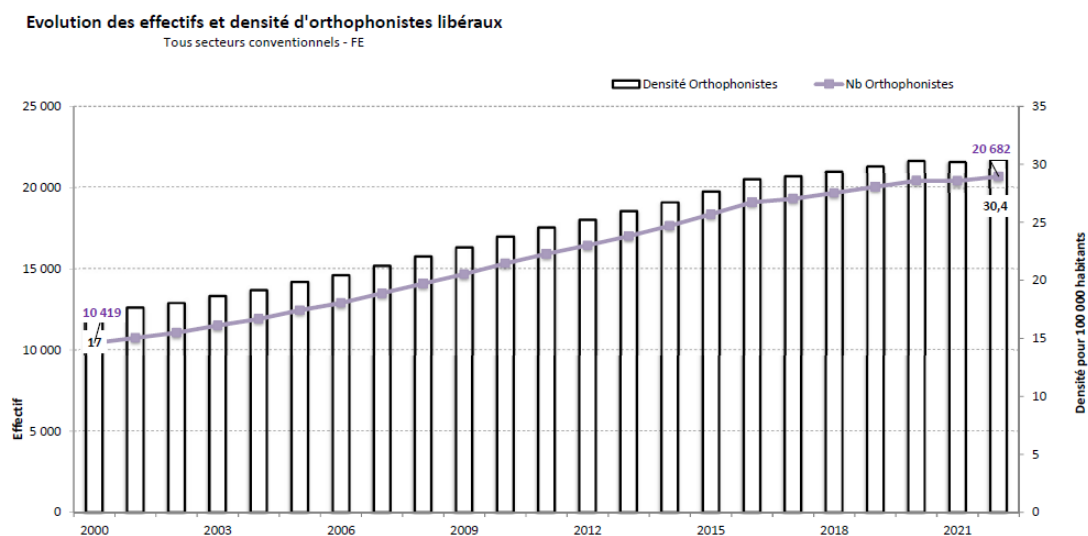
Orthophonistes en salariat :

- 1 641 sont orthophonistes à l'hôpital
- 2 020 sont salariés d'autres structures (établissements médicaux sociaux).

Évolution de notre démographie

La densité moyenne en 2022 est de 36,26 orthophonistes pour 100 000 habitants.

Elle se répartit de la façon suivante : 30,866 pour les libéraux, 2,42 pour les salariés hospitaliers et 2,98 pour les autres salariés.



Le nombre d'orthophonistes stagne de manière préoccupante ces dernières années. On observe une très légère augmentation des quotas qui reste fortement insuffisante au regard de la pénurie d'orthophonistes.

Quotas d'admission dans les centres de formation universitaire en orthophonie :

- Année scolaire 2019-2020 : 912
- Année scolaire 2020-2021 : 960
- Année scolaire 2021-2022 : 937
- Année scolaire 2022-2023 : 973
- Année scolaire 2023-2024 : 975

Nombre de diplômés : 2022 : 775

Autorisation d'exercice 2022 : 341

Nombre d'installations libérales 2022 (premier conventionnement) : 838

En 2022, 23,4 % des cessations d'activité correspondent à des départs en retraite. 74,2 % des cessations ne sont pas motivées. À noter que les cessations d'activité ne comprennent pas les changements de lieux d'exercice.

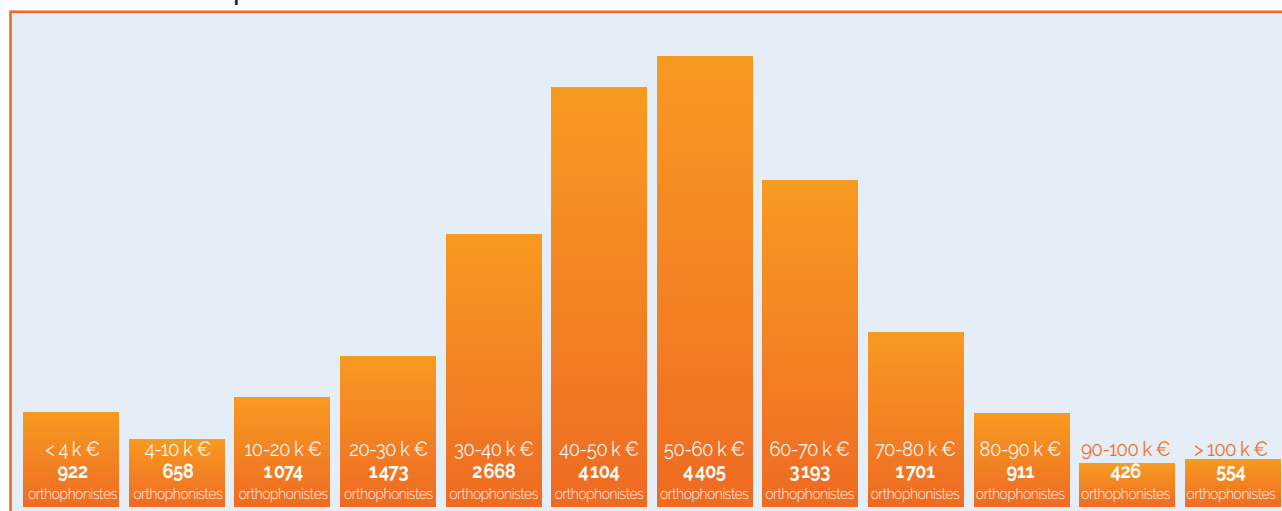
En 2021, 60 % des orthophonistes qui ont cessé leur activité avaient moins de 40 ans. Une perte d'effectifs dramatique compte tenu du contexte démographique déjà si tendu.

Revenu moyen des orthophonistes en libéral

Chiffre d'affaires moyens des orthophonistes en 2022 :

51 266 € / orthophoniste

Chiffre d'affaires par tranches :



Activité moyenne des orthophonistes en libéral

Nombre d'actes total par an réalisés par l'ensemble des orthophonistes du territoire :

2018	32 268 096
2019	32 819 908
2020	27 315 059
2021	32 488 847
2022	31 885 150

Nombre d'actes par mois (répartition) sur l'année 2022 :

Mois des soins	Quantité d'actes moyenne par ortho
Janvier	137
Février	116
Mars	162
Avril	115
Mai	145
Juin	149
Juillet	88
Août	48
Septembre	142
Octobre	141
Novembre	140
Décembre	105

Nombre d'actes moyen par an par orthophoniste : 1 490 actes soit environ 35 actes par semaine si on considère 42 semaines travaillées annuellement.

C@rtosanté

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

C@rtosanté est un outil qui permet d'aider les professionnels de santé au moment de choisir leur lieu d'installation. Il est développé par les Agences Régionales de Santé (ARS).

Les données concernant les orthophonistes sont mises à jour avec le dernier zonage (il n'est pas encore paru pour toutes les régions).

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 sages-femmes, des infirmiers, des chirurgiens-dentistes, des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes y sont répertoriés.

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

Rezone

Rezone est un autre outil d'aide à la décision, développé par l'ARS et l'Assurance Maladie. Il vise à aider les professionnels de santé à choisir leur lieu d'installation. Il permet d'obtenir des informations sur les professionnels déjà installés, les éventuelles aides à l'installation ou au maintien, des données sur la population et sur les structures présentes sur un territoire donné. La version « Rezone orthophoniste » est toujours en cours de développement par la CNAM et l'ARS. L'outil Rezone Médecin est accessible.

Une version Rezone CPTS existe également et permet de recenser les CPTS (Collectivités Professionnelles Territoriales de Santé) existantes sur le territoire et d'aider les porteurs de projets de CPTS à élaborer un diagnostic territorial. Il recense des données sur la population, la prévalence des pathologies, l'offre de soins, etc.

Le site : <http://rezonecpts.ameli.fr/rezone/>

Les textes réglementaires

Le Code de la santé publique

Définition de l'orthophonie

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.

La définition de l'orthophonie a été actualisée dans le Code de la santé publique (titre IV, article L 4341-1) le 21 mai 2023 et est rédigée comme il suit :

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 oromyofaciales.

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. Il peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes d'orthophonie datant de moins d'un an.

Par dérogation au cinquième alinéa, dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1, dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles et dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du présent code, l'orthophoniste pratique son art sans prescription médicale. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par l'orthophoniste sont adressés au médecin traitant du patient ainsi qu'à ce dernier et reportés dans le dossier médical partagé de celui-ci. À défaut, les actes réalisés par l'orthophoniste sont mis à sa charge.

Dans le cadre des structures prévues à l'article L. 1434-12, le sixième alinéa du présent article s'applique à la condition que les modalités de prise en charge et de coordination sans prescription médicale soient inscrites dans le projet de santé de la structure.

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 à l'article L. 4341-9.

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 réaffirme que **l'orthophoniste pose le diagnostic et décide des soins orthophoniques à mettre en œuvre.**

Elle intègre également la possibilité pour les orthophonistes d'**exercer en accès direct dans un cadre précis** (voir la partie « Exercice coordonné »), de prescrire des dispositifs médicaux, d'intervenir en urgence et en l'absence d'un médecin, mais également de renouveler les prescriptions médicales initiales d'actes d'orthophonie datant de moins d'un an.

Le diplôme

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 (pour les orthophonistes formés en Europe).

Liste des actes pouvant être accomplis par l'orthophoniste

L'article R4341-3 du code de la santé publique 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 incompetence 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 orofaciales 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 buccolingofaciale ;
- e) La rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle pouvant justifier l'apprentissage des voix oro-œsophagienne 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, agraphie, 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. Cela signifie que le médecin prescripteur ne doit plus mentionner le nombre de séances de rééducation sur l'ordonnance ou la durée de validité de la prescription (ex : QSP 6 mois).

Les textes référentiels de l'orthophonie

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

- le référentiel "activités" détaille les activités de l'orthophoniste ;
- le référentiel "compétences" détaille les compétences mises en œuvre par l'orthophoniste dans ses activités ;
- le référentiel "formation" détaille les contenus de la formation initiale des orthophonistes.

<https://www.fno.fr/ressources-diverses/les-textes-reglementant-la-formation-initiale/>

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 ([voir la partie « L'exercice conventionné »](#))

Vous trouverez le texte de la NGAP [ici](#).

Un dossier complet sur la NGAP est disponible [ici](#).

Depuis 2002 (décret n° 2002-721 du 2 mai 2002), il revient à l'orthophoniste, 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 organisation(s) syndicale(s) représentative(s) de la profession. Pour la profession des orthophonistes, il s'agit de la Fédération nationale des orthophonistes (FNO), seul 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.

Vous trouverez la convention nationale [ici](#).

À ce jour, le dernier avenant signé est l'avenant 20, vous trouverez toutes les informations sur cet avenant [ici](#).

L'exercice illégal

D'après l'article L4341-2 du Code de la santé publique, il est illégal de pratiquer l'orthophonie en l'absence du diplôme correspondant (CCO) ou d'une autorisation d'exercice délivrée par une commission. On parle de profession réglementée. Ce statut protège les orthophonistes et leur champ de compétences, ainsi que les patients.

De ce fait sont considérées comme exerçant illégalement la profession d'orthophoniste, les personnes qui :

- ne remplissent pas les conditions légales (ex : se faire remplacer par un étudiant),
- ne sont pas enregistrées officiellement auprès de l'ARS (Agence Régionale de Santé),
- sont frappées de suspension ou d'interdiction d'exercer et poursuivent malgré tout leur activité professionnelle,
- exercent des attributions des orthophonistes qui ne font pas partie de leurs champs de compétences.

Le système de santé français

Le système de santé français occupe une place particulière dans l'histoire de la France 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 une protection contre les risques maladie, maternité, invalidité, décès, maladies professionnelles et accidents du travail, selon un principe de solidarité basé sur une adhésion obligatoire proportionnelle aux revenus.

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

Depuis sa création, la sécurité sociale a beaucoup évolué. Actuellement, les Stratégies Nationales de Santé (SNS) ont pour ambition de mieux adapter les politiques publiques aux grands défis démographiques, épidémiologiques et sociétaux du pays.

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

Le niveau national

L'organisation ministérielle

L'État et le ministère chargé de la santé et de la prévention (sante.gouv.fr) prennent 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 a été formalisé dans la Stratégie Nationale de Santé (SNS) - la SNS 2018-2022 a été adoptée par le gouvernement fin décembre 2017. Une consultation publique en ligne est ouverte au sujet du projet de texte pour le SNS 2023-2033.

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.

Le ministère de la santé s'organise en plusieurs directions générales :

- la direction générale de la santé (DGS),
- la direction générale de l'offre de soins (DGOS),
- la délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie,
- la délégation ministérielle au numérique en santé (DNS),
- la direction de la sécurité sociale (DSS),
- la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES),
- l'inspection générale des affaires sociales (IGAS),
- le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS),
- la direction des affaires juridiques (DAJ),

- la délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI),
- la division des cabinets (DDC),
- la direction des finances, des achats et des services (DFAS),
- la délégation à l'information et à la communication (DICOM),
- la direction du numérique (DNUM),
- la direction des ressources humaines (DRH).

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, autorités publiques indépendantes (comme la Haute Autorité de Santé) ou organismes publics (comme l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale).

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).

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 a permis aux orthophonistes une reconnaissance supplémentaire de leur statut de professionnel de santé et aux patients un accès aux soins facilité et équitable.

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

Les objectifs généraux de la Sécurité sociale

Selon l'article 1er du Code de la Sécurité sociale, elle garantit les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs capacités 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).

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).

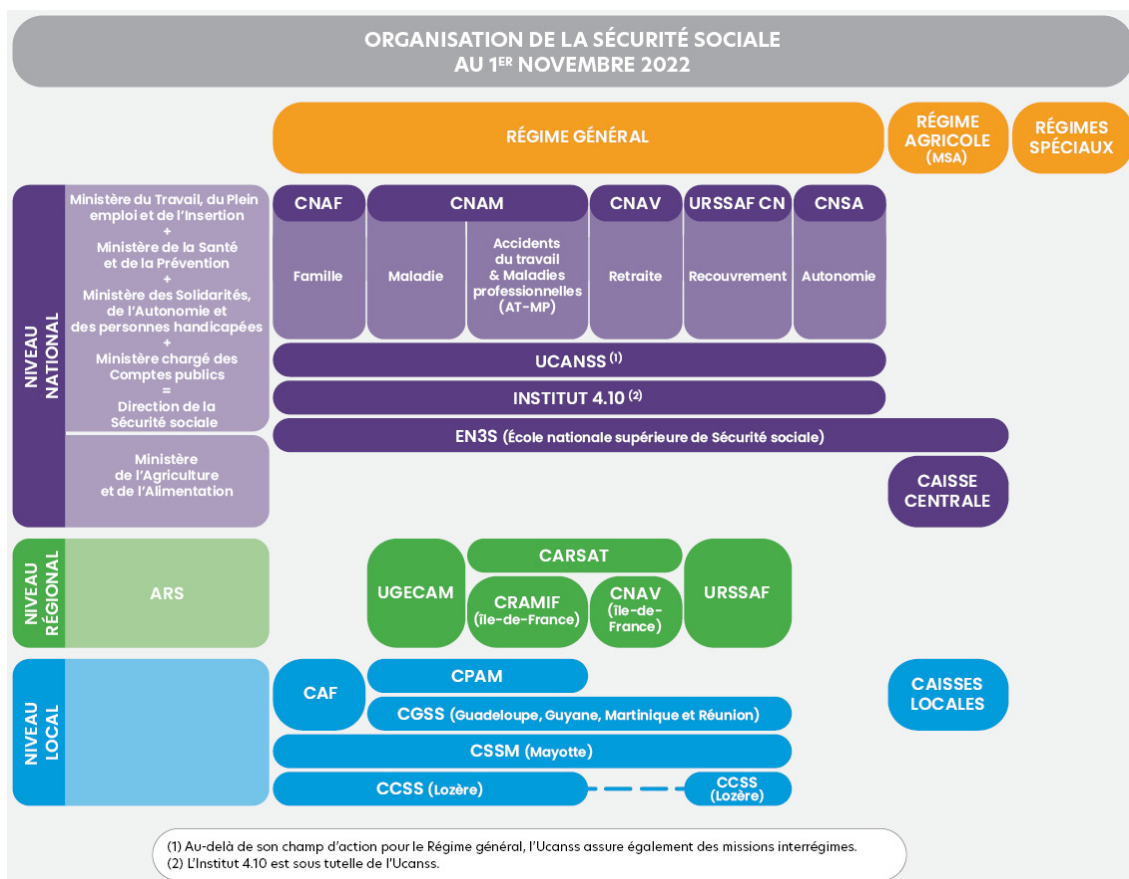
L'organisation de la Sécurité sociale

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 par 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'aides au logement, d'allocations familiales, du revenu de solidarité active ;
- la branche recouvrement est gérée par l'Urssaf. 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 ;
- la branche autonomie est gérée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Elle assure la gestion de la trésorerie des dépenses liées à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.



Organigramme institutionnel de la sécurité sociale

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) ;
- depuis janvier 2020, la Sécurité sociale pour les indépendants est intégrée au sein du régime général de la Sécurité sociale (CNAM-TS).

La CNAM a des antennes départementales : les CPAM (Caisses Primaires d'Assurance Maladie) et des antennes régionales (CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie), aussi appelées CGSS (Caisse Générale de Sécurité Sociale) dans les DROM (départements et régions d'outre-mer).

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 pour le personnel des transports en commun d'Île-de-France...

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.

Les commissions paritaires

La gestion paritaire de la vie conventionnelle avec l'assurance maladie se fait au sein de commissions paritaires, il existe une commission paritaire nationale (CPN), des commissions paritaires régionales (CPR) et des commissions paritaires départementales ou locales (CPD ou CPL).

Retrouvez des informations sur les commissions paritaires nationales, régionales et départementales [ici](#)

Le niveau régional

Les agences régionales de santé (ARS)

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. Elle est sous l'effet des orientations et des 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 régionale de santé (PRS) et une nouvelle organisation des acteurs du sanitaire et du social sur le territoire régional.

Cette organisation territoriale 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 (CPTS, MSP, ESP, etc.).

La FNO, grâce aux élus des URPS (Union Régionales des Professionnels de Santé), représente et accompagne les orthophonistes auprès de chaque ARS pour bien comprendre les enjeux de ces nouvelles modalités d'exercice et pour défendre leur place et leur rôle d'acteurs de soins de premier recours dans ces nouveaux modèles d'organisation.

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)

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.

La CRSA est composée de plusieurs commissions dans lesquelles des représentants des professionnels de santé libéraux membres des Union Régionales des Professions de Santé siègent. Dans de nombreuses régions les orthophonistes sont représentés.



Les unions régionales des professionnels de santé (URPS) orthophonistes

Les URPS sont des associations de loi 1901 créées par le décret 2010-585 du 2 juin 2010 suite à la loi HPST.

Les URPS sont financées par la CURPS (contribution pour URPS), contribution obligatoire prélevée par l'Urssaf auprès de tous les orthophonistes dans le courant du mois de mai, et correspondant à 0,1 % du revenu N-2 avec un plafond à 206 € pour les orthophonistes en 2020.

Jusqu'en 2015, les membres étaient désignés par le syndicat représentatif (la FNO) pour 5 ans. Depuis 2021, les représentants sont élus pour des mandats de 5 ans, comme cela est prévu pour les professions comportant plus de 20 000 professionnels libéraux.

Les élus sont tous des orthophonistes ayant un exercice libéral conventionné dans la région concernée. Le nombre de postes par région dépend du nombre d'orthophonistes y exerçant. Les listes des URPS sont portées par des organisations syndicales.

Le nombre de postes au sein de l'URPS varie entre 3 et 15 selon le nombre d'orthophonistes exerçant dans la région. Les listes portées par les syndicats régionaux de la FNO comprennent également 20 % de suppléants, pour permettre le remplacement de membres démissionnaires au cours du mandat en cas de besoin.

Les résultats aux élections URPS sont décisifs pour établir la représentativité d'un syndicat. Au-delà de 10 % des voix, le syndicat peut devenir représentatif.

Aux élections de 2021, la FNO était la seule organisation syndicale à avoir déposé des listes pour les orthophonistes. Les listes FNO ont obtenu près de 30 % des voix des orthophonistes.

Rôle et mission des URPS

Les URPS ont été définies comme les interlocutrices 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 (PRS), 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 missions des URPS orthophonistes sont :

- l'organisation et l'évolution de l'offre de santé au niveau régional ;
- l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins ;
- l'organisation d'actions de prévention ;
- l'amélioration de l'accès aux soins ;
- l'aide à la gestion de crises sanitaires ;
- la participation au déploiement et à l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagés ;
- l'organisation d'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.



Le niveau départemental

Le conseil territorial de santé (CTS)

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 de l'ARS

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.

Le niveau local

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

L'accès à la vie professionnelle

La formation initiale

Les études d'orthophonie sont régies par des décrets et des arrêtés.

Depuis 1988, le nombre d'étudiants admis à entrer en première année d'orthophonie est fixé, chaque année, par un arrêté ministériel. En 2023 il était fixé à 976 étudiant-es

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

Les étudiants ayant passé le baccalauréat ou les personnes qui souhaitent se réorienter doivent s'inscrire sur la plateforme Parcoursup.

Sur Parcoursup, un étudiant peut formuler jusqu'à 10 vœux, il est possible de faire 5 choix maximum en orthophonie. Il faut alors choisir entre les 10 regroupements de centres de formation universitaire :

- Paris
- Lille
- Amiens/Rouen/Caen
- Strasbourg/Nancy/Besançon
- Rennes/Brest/Nantes
- Tours
- Poitiers/Limoges/Bordeaux
- Lyon/Clermont
- Toulouse/Montpellier/Marseille/Nice
- Les Antilles

Parmi ces choix, il est possible de faire des sous-vœux de centres.

La sélection se fait ensuite sur dossier. Pour les néobacheliers, la spécificité du baccalauréat général n'est pas sélective.

Pour les personnes ne sortant pas directement du baccalauréat, les notes de l'université ou autres sont prises en compte.

Une lettre de motivation est également demandée et un entretien oral est proposé dans un second temps.

Depuis 2013, les études se déroulent sur 5 ans. Afin de valider le diplôme, il est nécessaire d'avoir validé les 300 ECTS du grade master ainsi qu'un mémoire de fin d'étude. Dans la plupart des centres, des mutualisations avec les autres professions médicales et/ou paramédicales sont mises en place par exemple les cours d'anatomie peuvent être en commun avec les étudiants d'autres filières santé. Un parcours recherche peut être choisi en deuxième cycle afin de faciliter l'entrée en doctorat par la suite.

Autorisation d'exercice en France

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).

Depuis 2021, l'autorité compétente est la Direction de l'économie et de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS).

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 DREETS.

Les dossiers sont examinés (contenus théoriques de formation initiale et stages réalisés durant la formation initiale). Si le requérant est titulaire d'un master, son dossier est validé automatiquement. Si le requérant a effectué que 3 ou 4 ans d'étude, des mesures de compensation sont demandées. Ces mesures peuvent prendre la forme de stages ou d'examens écrits (au libre choix du demandeur). La commission peut également demander un examen de langue.

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.

Vous trouverez [ici](#) toutes les informations sur l'encadrement des stagiaires lors d'une procédure de reconnaissance de diplôme européen.

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)

Première installation

Retrouvez toutes les informations sur les contrats et les démarches pour l'installation en libéral [ici](#).

Le statut de maître de stage

Encadrement des stagiaires en formation initiale

Les orthophonistes peuvent répondre favorablement pour être maîtres de stages dans le cadre de la formation initiale des étudiants des 22 centres de formation universitaire en orthophonie.

Pour devenir maîtres de stage, les orthophonistes doivent être diplômés depuis plus de 3 ans, être à jour de leurs obligations triennales DPC (Développement professionnel continu) et avoir un agrément du centre de formation dans lequel l'étudiant en orthophonie est inscrit.

Pour accueillir un étudiant en formation initiale : il faut postuler auprès de la commission d'agrément du Centre (ou des centres) de Formation Universitaire en Orthophonie (CFUO) dont vous acceptez de recevoir les étudiants en stage.

Les stages au cours de la formation universitaire sont évalués à l'aide d'une grille fournie par le CFUO ; le professionnel la transmet généralement au responsable des stages.

Dans les zones sous denses, une rémunération des maîtres de stage est possible. Les orthophonistes étant installés en zones sous denses et ayant signé un contrat d'installation ou de maintien peuvent bénéficier d'une rémunération de 200 € par mois s'ils reçoivent des stagiaires de 4^e ou 5^e année à "temps plein". La notion de "temps plein" n'étant pas définie précisément, la FNO interprète le temps plein comme la totalité du temps de stage du stagiaire. Par exemple, un étudiant ayant 3 journées de stage à réaliser par semaine sera considéré à temps plein s'il passe ses 3 journées dans le même cabinet. Le maître de stage pourra alors demander l'aide de 200 €. Si le stage de l'étudiant est réparti entre plusieurs cabinets, l'aide peut être demandée au prorata. Par exemple, si l'étudiant n'effectue qu'une journée de stage sur les 3 dans ledit cabinet, le maître de stage pourra demander 66 € (200/3) par mois.

Encadrement des stagiaires lors d'une procédure de reconnaissance de diplôme européen

Il est également possible d'être maître de stage pour la reconnaissance des diplômes d'orthophonistes logopèdes délivrés par les pays membres de l'Union Européenne.

Dans certains cas particuliers, l'accueil en stage d'étudiants en orthophonie en provenance d'un pays hors de l'Union Européenne est possible, par exemple des étudiants québécois, lorsqu'il s'agit de réaliser un semestre dans un CFUO en France.

Pour accueillir un diplômé européen réalisant des mesures compensatoires en vue d'obtenir une autorisation d'exercice, il faut demander un agrément auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Dans les faits, les ARS délèguent bien souvent cette responsabilité aux CFUO présents sur leur territoire. Dans ce cas, les universités communiquent la liste de leurs maîtres de stage agréés à la commission régionale d'autorisation d'exercice.

La commission examine le dossier du requérant et délivre une autorisation d'exercice valable à vie sur tout le territoire national quand la formation et éventuellement l'expérience du professionnel sont équivalentes aux exigences requises pour exercer la profession en France.

Cependant, quand la commission estime que la formation (théorique et/ou pratique) présente des différences substantielles par rapport à la formation française dans un ou plusieurs domaines de l'orthophonie et que ces différences ne peuvent être compensées par l'expérience professionnelle du requérant ou la formation continue suivie, elle prescrit des mesures de compensation. Elle précise les domaines concernés et propose alors au requérant, au choix de la commission : soit de subir une épreuve écrite, soit de réaliser un stage d'adaptation (dont elle précise la durée) à valider dans chaque domaine concerné. À l'issue du stage, une évaluation doit avoir lieu et le professionnel maître de stage peut décider ou non de valider le stage.

Dans le cas de professionnels diplômés à l'étranger, une grille est également fournie par l'autorité compétente qui a prescrit la mesure de compensation. En revanche, celle-ci doit être remise au requérant lui-même et pas directement transmise à l'autorité. En effet, à la différence des étudiants en formation, les orthophonistes diplômés à l'étranger peuvent refaire un stage d'adaptation autant de fois qu'ils le souhaitent auprès d'autant de professionnels que nécessaire sans qu'une non-validation n'ait la moindre conséquence pour autant que le professionnel réussisse, in fine, à valider le nombre d'heures requises dans le domaine concerné. L'autorité n'a pas à connaître le nombre de tentatives échouées, pas plus que les maîtres de stages ultérieurs, en cas de stage non validé.

En signant une attestation de stage réussi, le maître de stage engage donc sa responsabilité professionnelle en attestant que le requérant est désormais apte à travailler dans ce domaine de l'orthophonie comme tout orthophoniste, en toute responsabilité et autonomie.

Encadrement d'autres étudiants en filière santé

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.

Les conditions requises pour être maître de stage dans les deux cas sont les mêmes : il faut avoir légalement exercé la profession d'orthophoniste, en France, pendant au moins trois années à temps plein (ou son équivalent). L'accueil de ces stagiaires exige du professionnel qui s'y engage, d'accepter d'évaluer soit un étudiant en formation dans son parcours de formation pratique, soit un professionnel diplômé dans un autre pays.

<https://www.fno.fr/vous-etes/vie-professionnelle/ressources-livret-pro/exercice-liberal/maitre-de-stage-stagiaires-foire-aux-questions/>

La recherche en orthophonie

Généralités

L'orthophonie est une discipline identifiable parce qu'elle dispose :

- De ses propres modèles théoriques autour du bilan, du diagnostic et du traitement des pathologies du langage, de la communication et des fonctions orofaciales.

L'intervention orthophonique se définit, pour une pathologie donnée et chez un patient donné, dans l'identification, l'évaluation, le traitement, l'orientation dans le parcours de soins. De plus, le contexte de relation thérapeutique spécifique est primordial grâce à la prise en compte des besoins et de la plainte du patient dans son environnement. Le diagnostic orthophonique, le bilan orthophonique, le plan thérapeutique sont définis spécifiquement en tant que processus et événements, et répondent à des courants théoriques dans une éthique de soins. Les divers courants et modèles théoriques contribuent au dynamisme du domaine, qui refonde constamment ses repères et intègre régulièrement de nouveaux paradigmes.

- De ses propres concepts

Le concept de « pathologie du langage » en orthophonie va différer d'une conception purement biomédicale, en y incluant des caractéristiques issues des sciences humaines et sociales.

- De sa terminologie

Non seulement l'orthophonie dispose d'un vocabulaire spécifique francophone, mais la pratique orthophonique permet de suivre les évolutions régulières en matière de terminologie indispensables à une discipline constamment en évolution. Citons par exemple l'apparition en 2001 de la locution « trouble de l'oralité », ou la différence perçue par les orthophonistes entre la locution « trouble d'articulation » et le syntagme « trouble de l'articulation » (cette distinction étant peu significative d'un point de vue linguistique), et l'adaptation régulière des nomenclatures.

- D'une recherche en orthophonie florissante et fournie, visible dans les mémoires d'orthophonie, les publications d'articles et d'ouvrages, comme dans des thèses de doctorat, ainsi que dans les congrès scientifiques et webinaires spécialisés
- D'une déontologie et d'une éthique qui permettent d'étayer les réflexions et d'encadrer la pratique professionnelle et de recherche
- Des écrits, des publications, des recommandations et des outils permettant une valorisation nationale et internationale spécifique.

L'orthophonie est donc une profession, une pratique, mais également une discipline scientifique. Les orthophonistes valorisent la spécificité du domaine scientifique de l'orthophonie, alliant Sciences humaines et sociales et Santé, et l'affichage de leurs propres modèles théoriques.

La recherche en orthophonie fait partie intégrante de l'exercice de la profession et valorise les pratiques réflexives. L'existence de la Société savante qu'est l'Unadréo et du Collège Français d'Orthophonie permet de disposer de lieux d'échange pluriels, de valorisation et de recherche dédiés, ainsi que de dispositifs permettant l'innovation en orthophonie.

Le master et le mémoire de recherche

Le référentiel de formation initiale des orthophonistes inclut des modules de formation à la recherche par la recherche, c'est-à-dire que l'enseignement est à la fois théorique (UE 7) et mis en pratique grâce à la rédaction du mémoire. Il comporte un ensemble de 56 heures de cours magistraux, 145 heures de travaux dirigés, 700 heures de travaux pratiques encadrés. La formation initiale des orthophonistes à la recherche correspond à l'attribution de 32 crédits ECTS sur les 300 ECTS permettant de valider le niveau Master2, soit plus de 10 % de l'ensemble des crédits.

L'obtention du CCO est soumise à la validation d'un mémoire qui contribue à la valorisation de la profession et sanctionne le niveau réflexif des étudiants. La réglementation officielle¹ précise : « en fonction de leur projet professionnel, ce mémoire est soit à orientation professionnelle, soit à orientation recherche dans le cadre du parcours recherche ; dans ce dernier cas le directeur du mémoire est un enseignant-chercheur, un chercheur ou un orthophoniste titulaire d'un doctorat ». Le mémoire de recherche permet d'engager des travaux supervisés autour d'une problématique définie en orthophonie.

Un stage « recherche » de 120 heures, généralement effectué en fin de 3^e année, permet de découvrir la pratique de la recherche, le fonctionnement d'un laboratoire ou d'un département scientifique, les méthodes et les outils disponibles.

Même si la poursuite d'études vers le doctorat est en pratique soumise à validation d'unités d'enseignement optionnels complémentaires, les doctorants sont proportionnellement nombreux et nombreuses chez les orthophonistes, montant combien l'insertion des orthophonistes en recherche est un atout, et une évolution de carrière qui les intéresse. La FNO œuvre avec les autres représentants des orthophonistes pour construire une filière doctorale dédiée aux orthophonistes, grâce à l'ouverture d'un 3^e cycle des études en orthophonie.

Participation des orthophonistes à la recherche


L'orthophoniste est également amené-e à contribuer et agir pour la recherche en orthophonie, en endossant les divers statuts suivants :

- investigateur/trice associé au sein d'un établissement de santé ou en libéral ;
- investigateur/trice principal (ex : Programme Hospitalier de recherche infirmière et paramédicale ou PHRIP²) ;
- directeur/trice ou co-directeur/trice d'un mémoire (professionnel, bibliographique ou de recherche) ;
- auteur/trice publiant dans des revues professionnelles et scientifiques en orthophonie³ ou dans d'autres domaines, notamment celles avec comité de lecture ;
- un orthophoniste clinicien-ne 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)

¹ Décret n°2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027915618/>

² <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/l-innovation-et-la-recherche-clinique/ap-pels-a-projets/article/programme-hospitalier-de-recherche-infirmiere-et-paramedicale-phrip>

³ Pour la France : Glossa, Rééducation Orthophonique



Les orthophonistes créent et génèrent un grand volume de données sur le langage pathologique, les pratiques de soins en orthophonie, les symptomatologies isolées ou associées, ainsi que sur les opinions des patients/aidants/parents.

Ils sont souvent sollicités pour la validation d'un test, la réponse à des questions sur les pratiques. Ils contribuent à tester un outil, ils donnent leur expertise. Ces pratiques doivent sauf exception être rémunérées, les orthophonistes participant en cabinet doivent être cités (par exemple en tant qu'« investigateur associé »).

Le recrutement des orthophonistes praticiens-enseignants

L'orthophoniste est amené à intervenir dans la formation de ses pairs (formation continue), de ses partenaires (mission d'expertise et de conseil), et également en formation initiale. Il assure des interventions en tant que chargé d'enseignement dans les Centres de formation universitaire en orthophonie (CFUO) ou en Institut de formation en soins infirmiers (IFSI), auprès des étudiants en médecine ou d'autres professionnels de santé. Les orthophonistes de France assument de plus un total de 1,6 million d'heures chaque année, en tant que maître de stage pour encadrer des étudiants en orthophonie (plus de 1 600 heures par étudiant dans son cursus).

Le statut actuel de ces chargés d'enseignement est précaire. Afin de sécuriser son statut, ou d'évoluer dans son plan de carrière, l'orthophoniste peut souhaiter accéder à des postes statutaires au sein de l'université (enseignants-chercheurs) et/ou améliorer la visibilité de ses recherches en rejoignant une équipe au sein de laboratoires de recherche comme le CNRS (ingénieurs de recherche, chargés de recherche ou directeurs de recherche). La Fno relaie ces problématiques et construit l'identité professionnelle de ces praticiens avec les professionnels de terrain afin de défendre des statuts recevables par les professionnels.

Parallèlement, la Fno défend la juste reconnaissance de l'expertise et des compétences des orthophonistes dans la formation théorique initiale et continue, et l'accompagnement à la formation pratique des étudiants comme des professionnels en orthophonie et en santé.

La voie vers le doctorat

L'orthophoniste peut souhaiter poursuivre sa formation et s'engager dans la validation d'un doctorat dans un domaine. Dans plusieurs filières, certaines conditions de profil peuvent être privilégiées. L'inscription ne sera possible généralement qu'à la suite d'une prise de contact avec un laboratoire d'accueil et en ayant trouvé un directeur de thèse qui validera le sujet ou le candidat en cas de réponse à une offre de thèse.

Le doctorat est :

- un diplôme national délivré par l'université validant des compétences scientifiques de haut niveau ;
- l'inscription universitaire se fait dans une école doctorale⁴ et le doctorat se poursuit dans un laboratoire de recherche. Le choix de l'école doctorale et du laboratoire se fait en fonction du sujet de thèse ;
- ce doctorat est obtenu en général dans un délai de trois années universitaires, après la soutenance d'une thèse en sciences, qui est un document scientifique élaboré et validé. Il faut distinguer la thèse d'exercice (médecin, dentiste) qui autorise la pratique d'une profession, de la thèse en sciences, qui valide un niveau scientifique ;
- tout titulaire d'un doctorat peut accoler le titre de Dr à son nom, même si en France l'usage a habitué le grand public à l'associer au titre de docteur en médecine.

Le financement d'un doctorat peut être possible :

- via un crédit impôt recherche (thèse CIFRE) financé par des entreprises privées ;
- par le biais d'un projet de recherche financé (par exemple de l'Agence nationale de la recherche ANR ou European Research Council ERC) ;
- des contrats doctoraux (très sélectifs) permettent à des candidats de bénéficier chaque année d'un financement par l'université.

Une fois le doctorat obtenu, l'orthophoniste pourra ensuite obtenir une qualification aux fonctions de maître de conférences grâce à l'examen de son dossier dans une section de la commission nationale des universités (CNU). Malgré la mobilisation continue de l'ensemble de la profession en faveur de la création d'une CNU sciences orthophoniques, il n'existe pas encore de section dédiée.

Une qualification peut cependant être obtenue par les orthophonistes docteur-es dans différentes sections selon la filière choisie pour le doctorat. Il s'agit le plus souvent de la section 7 en sciences du langage, de la section 16 en psychologie ou de la section 69 en neurosciences. La section 91 en rééducation-réadaptation, créée en 2019, est également ouverte aux orthophonistes.

Grâce à cette qualification (valable 4 ans), le candidat peut postuler et passer un concours pour devenir maître de conférences (voire professeur s'il est titulaire d'une Habilitation à diriger des recherches) au sein d'un centre de formation en orthophonie ou d'un autre département. Les postes sont publiés dans l'interface officielle Galaxie⁵. Les sites du CNRS⁶, de l'Inserm⁷ et Euraxess⁸ publient également des postes, dont le recrutement est très compétitif.

La FNO défend la création de filières doctorales en orthophonie, permettant de s'aligner sur la plupart des autres pays de l'Europe et d'Amérique du Nord. Les orthophonistes doivent pouvoir disposer d'une filière dédiée permettant aux doctorants de se consacrer à leurs problématiques selon des méthodes et des objectifs adaptés aux sciences orthophoniques.

4 <https://appliweb.dgri.education.fr/annuaire/selectEd.jsp>

5 <https://www.galaxie.enseignementsup-recherche.gouv.fr/ensup/candidats.html>

6 <https://carrieres.cnrs.fr/fr>

7 <https://rh.inserm.fr/Pages/default.aspx>

8 <https://euraxess.ec.europa.eu/>

L'installation

Il existe un guichet unique des professionnels de santé pour vos démarches en région disponible sur le site du portail d'accompagnement des professionnels de santé.

<https://www.paps.sante.fr/>

Vous y trouverez de nombreuses informations, les démarches à effectuer ainsi que les liens vers les sites de références.

Les démarches

Première installation

Lors d'une première installation, voici les démarches à effectuer :

- Se renseigner sur les différents types de [contrats](#) (remplacement, collaboration...)
- Choisir son lieu d'installation en se renseignant sur le [zonage](#) et [les aides à l'installation](#)
- S'assurer que le local soit bien à [destination professionnelle et aux normes PMR](#)
- Prendre connaissance de la [convention](#)
- S'inscrire auprès de l'ARS de ma région (n° ADELI)
- Ouvrir un compte bancaire dédié à l'usage professionnel
- S'inscrire auprès de la CPAM de ma région
- S'inscrire en ligne sur le guichet unique [inpi.fr](#) (Urssaf)
- Demander éventuellement [l'Aide à la création ou à la reprise d'une entreprise](#)
- Se faire connaître auprès de la [CARPIMKO](#)
- Souscrire une assurance [responsabilité civile professionnelle](#)
- Souscrire à [une assurance multirisque du cabinet](#)
- Se renseigner sur [les contrats de prévoyance](#) et [les mutuelles/complémentaires santé](#)
- S'équiper d'un logiciel de télétransmission
- Tenir un registre de traitement des données en accord avec le [RGPD](#)
- Contacter les collègues aux alentours
- Se renseigner sur [les structures d'exercice coordonné](#) du territoire (CPTS, MSP, ESP, ...)

Retrouvez [la fiche pratique "Première installation"](#).

Si vous avez une question, pensez à contacter [votre syndicat régional](#).

Déménagement dans le même département

Lors d'un déménagement dans le même département, voici les démarches à effectuer :

- Se renseigner sur [la transmission du cabinet](#) de mon ancien lieu d'exercice
- Se renseigner sur [les contrats](#) pour mon nouveau lieu d'exercice
- Choisir son lieu d'installation en se renseignant sur le [zonage](#) et [les aides à l'installation](#)
- S'assurer que le local soit bien à [destination professionnelle et aux normes PMR](#)
- Prévenir l'ARS du changement d'adresse
- Prévenir la CPAM du changement d'adresse
- Déclarer sur le guichet unique [inpi.fr](#) (Urssaf)
- Déclarer le changement d'adresse sur le site de la [CARPIMKO](#)
- Déclarer le changement d'adresse auprès de la [Responsabilité Civile Professionnelle](#)
- Déclarer le changement d'adresse auprès du logiciel de télétransmission
- Déclarer le changement d'adresse auprès de la [prévoyance](#)
- Éventuellement, déclarer le changement d'adresse auprès du comptable et de l'AGA
- Déclarer le changement d'adresse auprès de la banque
- Déclarer le changement d'adresse auprès des différentes assurances
- Tenir un registre de traitement des données en accord avec le [RGPD](#)
- Contacter les collègues aux alentours
- Se renseigner sur [les structures d'exercice coordonné](#) du territoire (CPTS, MSP, ESP, DAC...)

Si vous avez une question, pensez à contacter [votre syndicat régional](#).

Déménagement dans un autre département de la même région

Lors d'un déménagement dans un autre département de la même région, voici les démarches à effectuer :

- Se renseigner sur [la transmission du cabinet](#) de mon ancien lieu d'exercice
- Se renseigner sur [les contrats](#) pour mon nouveau lieu d'exercice
- Choisir son lieu d'installation en se renseignant sur le [zonage](#) et [les aides à l'installation](#)
- S'assurer que le local soit bien à [destination professionnelle et aux normes PMR](#).
- Prévenir l'ARS de mon changement d'adresse et obtenir mon nouveau numéro ADELI
- Se signaler auprès de la CPAM de mon département (formalités, carte CPS, régime PAMC)
- Déclarer mon déménagement sur le guichet unique [inpi.fr](#) (Urssaf)
- Déclarer le changement d'adresse sur le site de la [CARPIMKO](#)
- Déclarer le changement d'adresse auprès de la [Responsabilité Civile Professionnelle](#)
- Déclarer le changement d'adresse auprès du logiciel de télétransmission
- Déclarer le changement d'adresse auprès de la [prévoyance](#)
- Éventuellement, déclarer le changement d'adresse auprès du comptable et de l'AGA
- Déclarer le changement d'adresse auprès de la banque
- Déclarer le changement d'adresse auprès des différentes assurances
- Tenir un registre de traitement des données en accord avec le [RGPD](#)
- Contacter les collègues aux alentours
- Se renseigner sur [les structures d'exercice coordonné](#) du territoire (CPTS, MSP, ESP, DAC...)

Si vous avez une question, pensez à contacter [votre syndicat régional](#).

Déménagement dans une autre région

Lors d'un déménagement dans une autre région, voici les démarches à effectuer :

- Se renseigner sur [la transmission du cabinet](#) de mon ancien lieu d'exercice
- Se renseigner sur [les contrats](#) pour mon nouveau lieu d'exercice
- Choisir son nouveau lieu d'installation en se renseignant sur le [zonage](#) et [les aides à l'installation](#)
- S'assurer que le local soit bien à [destination professionnelle et aux normes PMR](#)
- S'inscrire auprès de l'ARS de ma nouvelle région (n° ADELI)
- Prévenir l'ARS de mon ancienne région
- S'inscrire auprès de la CPAM de ma nouvelle région (formalités, carte CPS, régime PAMC)
- Prévenir la CPAM de mon ancienne région
- Déclarer mon déménagement sur le guichet unique [inpi.fr](#) (Urssaf)
- Déclarer le changement d'adresse sur le site de la [CARPIMKO](#)
- Déclarer le changement d'adresse auprès de la [Responsabilité Civile Professionnelle](#)
- Déclarer le changement d'adresse auprès du logiciel de télétransmission
- Déclarer le changement d'adresse auprès de la [prévoyance](#)
- Éventuellement, déclarer le changement d'adresse auprès de mon comptable et de mon AGA
- Déclarer le changement d'adresse auprès de la banque
- Déclarer le changement d'adresse auprès des différentes assurances
- Tenir un registre de traitement des données en accord avec le [RGPD](#)
- Contacter les collègues aux alentours
- Se renseigner sur [les structures d'exercice coordonné](#) du territoire (CPTS, MSP, ESP, DAC...)

Si vous avez une question, pensez à contacter [votre syndicat régional](#).

Retrouvez [la fiche pratique "Changement de région"](#).

L'importance des contrats

L'exercice libéral de l'orthophonie n'est pas réglementé par un ordre professionnel. Cependant nous sommes en attente de la publication de nos règles professionnelles qui permettront de donner un cadre plus clair à notre profession.

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, 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 souhaitent 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.

service.juridique@fno.fr

Permanences téléphoniques gratuites sans RDV réservées aux adhérents : le lundi, mardi de 9h30 à 12h30 et le vendredi de 13h30 à 16h30 au 01 40 37 41 44

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.

Il est important de signer [un contrat](#) entre les deux parties.

Cadre législatif

Art 18 de loi 2005-882 du 02 août 2005 Modifié par LOI n°2021-1754 du 23 décembre 2021 art. 96 (V)

I. Les membres des professions libérales soumises à statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé, [...], peuvent exercer leur activité en qualité de collaborateur libéral.

II.-A 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 patientèle 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 patientèle 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.

[...]

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.

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.

Le contenu et la durée du contrat

Le contrat de collaboration libérale doit être conclu dans le respect des règles régissant la profession.

Il doit être établi entre deux professionnels exerçant la même activité : un orthophoniste ne peut être lié par un contrat de collaboration à un professionnel de santé non orthophoniste.

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 patientèle personnelle ;
- les conditions et les modalités de sa rupture ;
- les conditions et les modalités des congés maternité, paternité et d'adoption

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 qui doit être 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.

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. 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 patientèle.

Les statuts de titulaire et de collaborateur

Vis-à-vis de l'assurance maladie, le collaborateur et le titulaire sont deux professionnels également conventionnés et le contrat qui les lie n'est aucunement opposable aux caisses qui n'ont pas à en connaître l'existence.

Ils disposent tous les deux de leur propre CPS (et feuilles de soins pré-identifiées à leur nom), ils doivent tous les deux 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. Ils exercent tous les deux sous leur propre responsabilité, en toute autonomie.

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)

Le titulaire est propriétaire du cabinet et donc de la patrimonialité qui lui est attachée, ce qui implique la possibilité de transmission d'un droit de présentation à la patientèle.

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 patientèle 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.

Le collaborateur est un locataire des biens mis à sa disposition.

L'un des engagements les plus importants est de maintenir la patientèle attachée au cabinet dans lequel il exerce.

En échange du paiement d'une redevance de collaboration, **le collaborateur doit disposer 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.

L'activité du collaborateur doit s'exercer sans lien de subordination avec le titulaire. Ainsi, 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'exerce pas, constitue une situation de gérance. La plus grande attention doit être portée à cette notion d'indépendance : l'Ursaf 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.

Patiente personnelle du collaborateur et clause de non détournement

Est entendue par propre patientèle ou patientèle 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.

La clause de non-installation n'a plus lieu d'être afin de ne pas constituer un obstacle à l'exercice du collaborateur auprès de sa propre patientèle à l'échéance du contrat.

Cependant, une clause de non-détournement de la patientèle du cabinet reste nécessaire dans le contrat afin de protéger le patrimoine du titulaire. Le détournement de patientèle est une action de concurrence déloyale délibérée, incitative et volontaire.

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 patientèle à son profit à l'issue du contrat.

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 TTC ;
- 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.

Ce pourcentage comprend une partie correspondant à la mise à disposition du droit de présentation à la patientèle 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, le temps passé par le titulaire à gérer le cabinet mais aussi à épauler un collaborateur débutant dans l'exercice libéral, ...).

Les indemnités de déplacements, le forfait post-hospitalisation, le forfait handicap et le forfait PCO sont exclus de la base de calcul de la redevance.

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 patientèle du titulaire peut constituer une situation assimilable à un salariat.

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 34 400 € pour 2020-2021/2022.

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 ».

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 dans le contrat de collaboration l'obligation d'intégrer une clause de non-installation au contrat de remplacement du remplaçant du collaborateur.

La rétrocession 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.

Cas particulier : collaboration et grossesse ou accueil d'un enfant

Article 18 de la loi 2005-882 du 2 août 2005 - Modifié par LOI n°2021-1754 du 23 décembre 2021 - art. 96 (V)

[...]

III bis. La collaboratrice libérale en état de grossesse médicalement constaté 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 ou concubin collaborateur libéral de la mère ou la personne collaboratrice libérale liée à elle par un pacte civil de solidarité ont le droit de suspendre leur collaboration pendant une durée égale à celle mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 1225-35 du code du travail. 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 égale à celles mentionnées à l'article L. 1225-37 du code du travail 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.

[...]

Le remplacement

Lorsqu'un orthophoniste souhaite cesser son activité durant une courte période (cause provisoire), il peut faire appel à un remplaçant. Celui-ci doit impérativement être titulaire d'un certificat de capacité d'orthophoniste ou d'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.

L'absence du titulaire doit être effective. Il ne doit pas travailler dans le cadre du régime conventionnel au moment du remplacement.

Il convient [d'établir un contrat](#) par lequel l'orthophoniste titulaire qui cesse temporairement son activité professionnelle, se fait remplacer auprès de ses patients par un de ses confrères.

La FNO met à disposition de tous les orthophonistes un [contrat type de remplacement](#).

La durée

La FNO recommande une durée minimum de 10 jours . Il n'y a pas de durée maximum mais attention, un remplacement trop long pourrait poser problème auprès de l'administration fiscale et de l'Urssaf

Le motif

Il doit être précis et entrer dans la liste de ceux prévus par l'instruction DGI du 15 mars 77 (congé annuel, de maladie, de maternité)

Le montant de la rétrocession

Le mode de calcul doit prendre 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.

La clause de non-réinstallation

Elle 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 clause de non-concurrence

Il s'agit de ne pas profiter de sa situation de remplaçant pour causer un quelconque dommage au titulaire

L'état des lieux

Il convient d'établir **un état des lieux** contradictoire au début et à la fin du remplacement.

La CPS remplaçant

Les orthophonistes remplaçants peuvent obtenir leur carte de professionnel de santé (CPS) en effectuant leur demande auprès de l'agence régionale de santé (ARS).

Pour plus d'information : [un article de l'Orthophoniste](#)

L'association

L'association a pour objet le partage des moyens d'exercice de la profession et non pas – et surtout pas – le partage de la patientèle. À cela, il existe deux raisons juridiques : le principe du libre choix par le patient de son thérapeute et le principe selon lequel la patientèle est personnelle.

Il est important de préciser que les associés sont en droit d'avoir des patientèles 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.

Dans tous les cas, les relations professionnelles doivent être clairement définies par [un contrat et faire l'objet d'un acte officiel](#).

Il existe deux grands types de contrats permettant cette mise en commun de moyens matériels tout en conservant séparées les patientèles respectives.

Le contrat d'exercice en commun

Il permet de préciser le fonctionnement de la communauté (répartition de patientèle, congés, remplacements, entraide, moyens de travail communs). Il n'y a pas de mise en commun des honoraires. Ce contrat peut se faire avec d'autres professionnels de santé.

Le contrat d'exercice en commun ne joue qu'entre signataires. Aussi, dans le règlement des conflits entre les associés, on se basera sur ce contrat.

Les sociétés civiles de moyens (SCM)

La SCM est une personne morale et doit être immatriculée au registre du commerce. Chacun des associés 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.

La SCM est une société à capital variable. Chaque associé effectue des apports en numéraire ou en nature (mobilier - matériel).

Vous trouverez plus d'informations [ici](#).

La transmission du cabinet

Droit de présentation de la patientèle

Selon le principe du libre choix du professionnel de santé, un orthophoniste ne peut céder sa patientèle. Cependant, la jurisprudence admet depuis quelques années la transmission du cabinet libéral en reconnaissant au professionnel le droit de **présenter un successeur à sa patientèle** 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 patientèle libérale est détournée et la notion de patrimonialité de la patientèle civile est implicitement reconnue.

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 patientèle 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 patientèle 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 patientèle et droit de bail) qui sont cédés.

Indemnité de présentation à patientèle

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 la patientèle 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 patientèle 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.

Les aspects fiscaux de la cession

Pour l'acquéreur, le montant du droit de présentation à patientèle n'est normalement ni déductible fiscalement des revenus professionnels, ni amortissable. 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.

Cependant par une dérogation exceptionnelle accordée par l'administration fiscale, si l'acquisition de la patientèle (« élément incorporel *qui concourt au maintien et au développement du potentiel d'activité de l'entreprise* ») est réalisée entre **le 1^{er} janvier 2022 et le 31 décembre 2025** il est possible de déduire le prix d'achat de la patientèle de son résultat. Cette déduction s'étalera sur 10 ans.

À la différence du droit français, l'administration fiscale a toujours reconnu les cessions de patientèle 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 la patientèle, 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 12,80 % auxquels s'ajoutent les prélèvements sociaux de 17,20 %, soit une imposition à 30 %.

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 (SCM).

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 patientèle, 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 :

- 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 ? Sinon, il vous faudra vérifier que le propriétaire des lieux accepte d'établir un bail à votre nom. À quel prix ?
- Pour ce qui concerne la patientèle cédée :
 - vérifiez la nature des pathologies traitées (attention aux exercices spécifiques) ;
 - vérifiez la fréquence hebdomadaire des séances de rééducation (certains professionnels « gonflent » ainsi leur chiffre).
- 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 patientèles 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 patientèle 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 du service juridique de la FNO et de votre syndicat régional. Vous trouverez les coordonnées de votre syndicat régional ici <https://www.fno.fr/la-fno/carte-des-syndicats-regionaux-de-la-fno/>

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.
- 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 patientèle.
- 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-même 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.

Cession à titre gratuit ou pour 1 € symbolique : attention !

Beaucoup d'orthophonistes ne considèrent pas leur outil de travail comme pouvant se monnayer ou souhaitent faciliter l'installation de leurs collègues. Attention car vous prenez des risques tant d'un point de vue successoral que fiscal.

● Le risque successoral

Il est possible de considérer que vous avez fait un cadeau, réalisé un don de la différence entre le prix de transaction et la valeur réelle du droit de présentation à patientèle.

Si la donation touche à la réserve des héritiers, ceux-ci pourront, au décès du donateur, réclamer au bénéficiaire le remboursement de la partie qui entame leurs parts (article 920 du Code Civil).

● Le double risque fiscal

S'il y a donation simple de la patientèle ou sous-estimation du cabinet, en cas de contrôle des services fiscaux, cette opération peut être interprétée comme étant une donation.

Le bénéficiaire (« l'acquéreur ») devra payer les droits fiscaux applicables en cas de dons entre personnes vivantes. Or, ces droits sont de 60 % (pour des personnes non-parentes), calculés toujours sur la valeur réelle de la patientèle.

Bien entendu, vous pouvez volontairement opter pour la donation de votre droit de présentation à patientèle, dans ce cas il vous faut obligatoirement un acte de donation, que seul un notaire pourra vous rédiger. L'acte sera ensuite enregistré au centre des impôts et le bénéficiaire de la donation (le successeur/l'associé intégré), versera une taxe de 60 % de la valeur réelle de la donation aux impôts.

La convention d'intégration (pour les collaborateurs qui s'associent)

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.

La convention doit comporter les mêmes obligations que celles présentées ci-avant pour le droit de présentation de patientèle.

L'indemnité se calcule de la même manière que décrite précédemment sauf que le futur associé versera seulement 50 % de ce montant (car il s'agit d'une association et non d'une cession totale).

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 patientèle.

Le lieu d'exercice

Le secteur géographique

Le choix du lieu d'installation est une décision essentielle pour l'avenir professionnel. Au-delà des critères "subjectifs" (travail du ou de la partenaire, 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),
- l'implantation des orthophonistes installés.

Vous pouvez également contacter votre syndicat régional ou départemental, plus proche de la réalité de « terrain ».

Le local : destination et accessibilité

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

● **L'accessibilité du local**

Si le local est déjà utilisé comme Établissement Recevant du Public (ERP), il faut demander à consulter le registre d'accessibilité public dans lequel figurera l'attestation sur l'honneur déclarant que le local répond aux normes légales ou l'éventuelle dérogation partielle obtenue et/ou l'agenda d'accessibilité programmée.

Si le local n'est pas utilisé comme ERP, vous avez l'obligation de vous mettre aux normes d'accessibilité (possibilité de dérogation dans certains cas) puis d'adresser, au préfet une « Attestation sur l'honneur d'accessibilité ».

<https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/attestation-accessibilite-erp-cat-5>

⚠ ATTENTION : conservez une copie/récépissé de cette attestation que vous glisserez dans le registre d'accessibilité.

Pour en savoir plus sur l'accessibilité :

[Article avril 2021](#) : sur l'accessibilité/normes aération ; isolation

[Article de mars 2018](#) : l'accessibilité

[Article de juin 2017](#) : clôturer son accessibilité Dossier [sur l'accessibilité](#)

[Guide du ministère « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité »](#)

● **S'assurer de la destination/usage du local**

Le local doit être à usage professionnel et non d'habitation. Attention la profession d'orthophoniste ne peut s'exercer dans les locaux ou les dépendances des locaux commerciaux.

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.

Pour faire une modification de destination, il faut :

- si le local est dans une commune de plus de 200 000 habitants ou dans le 75/92/93/94, 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

● **Le bail professionnel**

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).

[Article de janvier 2024 - Quel bail signer ?](#)

Aides à l'installation

Le zonage

Retrouvez le zonage sur [cartosanté](#)

Afin de définir des mesures d'incitation en vue d'une meilleure répartition géographique de l'offre en orthophonie, la méthodologie de classification des zones permettant de déterminer, d'une part, les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins en orthophonie, et d'autre part, celles dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé, a été revue

La méthodologie employée par les ARS s'appuie sur une « densité pondérée et standardisée » qui est calculée en rapportant le nombre d'orthophonistes libéraux à la population.

Les zones identifiées sont classées en quatre niveaux de dotation :

- Les zones « sous-denses » soit 17,5 % de la population française,
- les zones « intermédiaires » soit 60 % de la population,
- les zones « très dotées » soit 9,9 % de la population,
- les zones « sur-dotées », soit 12,3 % de la population.

Le découpage des zones est défini en référence à une unité territoriale à l'échelle du bassin de vie (plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services de la vie courante définis par l'INSEE année 2012) et en pseudo cantons (pour les unités urbaines de plus de 30 000 habitants définis par l'INSEE en 2020).

Le nombre d'orthophonistes en Équivalent Temps Plein (ETP) est calculé en fonction des honoraires en AMO réalisés par professionnel dans l'année. L'activité de chaque orthophoniste est rapportée à la médiane (52 400 € en 2019) et ne peut excéder 1,75 ETP.

Seule l'activité libérale des orthophonistes libéraux est prise en compte.

Les orthophonistes âgés de 65 ans et plus ne sont pas pris en compte, ni ceux ayant une activité très faible (moins de 10 000 € d'honoraires dans l'année). Les orthophonistes installées dans l'année sont comptabilisées pour un ETP.

Les bassins de vie ou pseudo-cantons sans orthophonistes sont reclassés de la façon suivante :

- si après l'ajout d'une orthophoniste dans le bassin de vie/ pseudo-canton, la densité pondérée et standardisée correspond au niveau de dotation « zones sous denses », alors le bassin de vie/ pseudo-canton est intégré dans les zones sous denses ;
- si après l'ajout d'une orthophoniste dans le bassin de vie/ pseudo-canton, la densité pondérée et standardisée est différente de ce niveau de dotation, alors le bassin de vie/pseudo-canton est intégré dans les zones intermédiaires.

Mesures incitatives

Dispositions générales

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

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 fortement dans l'avenant 16 (signé le 18 juillet 2017, paru au JO le 26 octobre 2017).

À ce jour, il existe 3 contrats incitatifs dans les zones sous denses :

- l'aide à la première installation ;
- l'aide à l'installation ;
- l'aide au maintien.

Ces contrats ne sont pas cumulables entre eux.

À noter que le contrat de transition est supprimé mais les contrats de transition signés avant l'entrée en vigueur de l'avenant 19 iront à leur terme.

De plus tous les contrats signés avant la parution du nouveau zonage iront jusqu'à leur terme, même si la zone « très sous-dotée ou sous dense » change de statut dans le nouveau zonage.

Ces contrats peuvent être signés quel que soit le mode d'exercice en zone sous dense (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. Ils 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 orthophonistes installés en zone sous dense ayant signé un contrat incitatif d'installation ou de maintien, peuvent percevoir une rémunération complémentaire d'un montant de 200 € par mois pendant la durée de stage s'ils se sont engagés à accueillir un étudiant stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de 4^e et 5^e année. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

Si vous êtes signataire d'un de ces contrats d'aide à l'installation, vous vous engagez à remplir les conditions permettant de percevoir le FAMI (forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet), vous devez donc remplir tous les indicateurs obligatoires.

Si vous quittez la zone sous-dense avant la fin de votre contrat, vous devrez rembourser l'aide perçue au prorata du temps restant au contrat.

Les commissaires paritaires de votre département et de votre région sont vos interlocuteurs privilégiés sur ce sujet. Vous pouvez obtenir leurs noms et coordonnées auprès de votre syndicat régional.

<https://www.fno.fr/la-fno/carte-des-syndicats-regionaux-de-la-fno/>

L'aide à la première installation

Ce contrat est proposé aux orthophonistes libéraux s'installant dans une zone « sous dense » et sollicitant pour la première fois leur conventionnement auprès de l'assurance maladie. Un orthophoniste ayant exercé uniquement en remplacement ou en salariat y est donc éligible. Il peut être signé que l'on soit titulaire, collaborateur ou associé.

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 à compter de la date d'adhésion ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50 % de son activité dans la zone 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.

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

 Les CPAM reprochent parfois aux orthophonistes de ne pas avoir respecté leur contrat, en invoquant une clause inexistante dans nos contrats : la nécessité que 50 % de la patientèle reçue vive dans la zone sous dense. Cette clause existe notamment dans les contrats incitatifs des masseurs-kinésithérapeutes, **mais pas dans les contrats incitatifs des orthophonistes.**

L'aide à l'installation

Ce contrat est proposé aux orthophonistes libéraux conventionnés s'installant dans une zone sous dense.

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.

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 (FAMI) prévu à l'article 29 du présent texte ;

- à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans la zone à compter de la date d'adhésion ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50 % de son activité dans la zone 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.


L'orthophoniste adhérent 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.

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.

 Les CPAM reprochent parfois aux orthophonistes de ne pas avoir respecté leur contrat, en invoquant une clause inexistante dans nos contrats : la nécessité que 50 % de la patientèle reçue vive dans la zone sous dense. Cette clause existe notamment dans les contrats incitatifs des masseurs-kinésithérapeutes, **mais pas dans les contrats incitatifs des orthophonistes**.

L'aide au maintien

Ce contrat est proposé aux orthophonistes libéraux conventionnés installés dans une zone sous dense.

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

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 (FAMI) prévu à l'article 29 du présent texte ;
- à exercer pendant une durée minimale de trois ans dans la zone à compter de la date d'adhésion ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50 % de son activité dans la zone » 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.

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.

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.

Modulation possible par l'ARS du contrat type régional

L'agence régionale de santé (ARS) 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 1o de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20 % des zones sous dense.

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

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 ;
- la publicité s'entend de tout procédé visant par son contenu, sa forme, sa répétition, à attirer la patientèle 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, situation conventionnelle et, le cas échéant, lieu de délivrance, adresse, téléphone professionnel et horaires d'activité.

Affichage

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 correspondants 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.

Dès que les dépassements d'honoraires des actes et prestations facturés atteignent 70 €, 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, - 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 Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (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 3 000 €.

[Les affiches sont disponibles ici.](#)

L'exercice conventionné

Les orthophonistes qui décident de se conventionner avec l'Assurance Maladie signent la [convention nationale des orthophonistes](#), ce qui implique des droits (remboursements des actes par l'assurance maladies, etc.) et des devoirs (respect de la NGAP, etc.) de la part des orthophonistes signataires.

Le bilan

Le bilan orthophonique peut être réalisé sur prescription médicale ou en accès direct (sans prescription) pour les orthophonistes s'inscrivant dans le cadre de l'exercice coordonné ([plus de détail sur l'accès direct ici](#)).

L'orthophoniste peut pratiquer deux types de bilans : le bilan diagnostic et le bilan de prévention et d'accompagnement parental (BPA).

Dans le cas des bilans diagnostic initiaux et de renouvellement, le compte rendu de bilan orthophonique est obligatoire. Il doit comporter le diagnostic orthophonique, être rédigé dans le respect de l'architecture conventionnelle et adressé au médecin prescripteur. Il n'est adressé au service médical de l'Assurance maladie que si celui-ci en fait la demande.

Concernant le BPA, seule une note, transmise au médecin prescripteur, est attendue. Elle n'est pas soumise à l'architecture rédactionnelle conventionnelle.

Les bilans ne sont pas soumis à la demande d'accord préalable.

[Architecture du bilan initial](#)

[Architecture du bilan de renouvellement](#)

[Modèle de note suite au bilan de prévention et d'accompagnement](#)

Le bilan initial

Pour le bilan diagnostic initial, deux types de prescriptions peuvent être établis :

- « 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 le projet thérapeutique ; 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.
- « 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.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
(Compte-rendu de bilan obligatoire)		
<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 oromyofaciales 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

Le bilan en renouvellement

Le bilan en renouvellement, dont l'objectif est de mettre en évidence l'évolution du patient, est réalisé à l'issue de la série de séances prévue selon la nomenclature. **Il est également réalisé sur prescription médicale indiquant** « Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire » ou en accès direct selon les conditions requises.

Les bilans en renouvellement sont facturés avec une décote de 30 %.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
(Compte-rendu de bilan obligatoire)		
<i>Bilan de la déglutition et des fonctions vélo-tubo-tympaniques</i>	18.2	AMO
<i>Bilan de la phonation</i>	23.8	AMO
<i>Bilan des fonctions oromyofaciales et de l'oralité</i>	23.8	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>	23.8	AMO
<i>Bilan de la communication et du langage écrit</i>	23.8	AMO
<i>Bilan de la cognition mathématique (troubles du calcul, troubles du raisonnement logico-mathématique...)</i>	23.8	AMO
<i>Bilan des troubles d'origine neurologique</i>	28	AMO
<i>Bilan des bégaiements et des autres troubles de la fluence</i>	28	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>	28	AMO

Le bilan de prévention et d'accompagnement parental (BPA)

Le bilan de prévention et d'accompagnement parental peut être réalisé en accès direct selon les conditions requises ou **sur prescription médicale indiquant** « Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire » ou « Bilan d'investigation ».

C'est l'orthophoniste qui décide d'effectuer un bilan diagnostic initial ou un bilan de prévention et d'accompagnement parental. Celui-ci est réalisé lorsque l'orthophoniste estime que la réalisation d'un bilan orthophonique diagnostic n'est pas adaptée. Le BPA permet une évaluation succincte avec peu ou pas d'épreuves. Il est l'occasion de prodiguer des conseils à la famille reçue et de recommander des examens complémentaires si nécessaire.

Il ne peut être suivi de séances de rééducation.

Il concerne les enfants de moins de 16 ans.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
(Pas de compte rendu de bilan mais une note)		
<i>Bilan de prévention et d'accompagnement parental</i>	20	AMO

Les séances

Les séances d'orthophonie sont réalisées à la suite du bilan initial et du bilan en renouvellement selon les dispositions mentionnées ci-dessous.

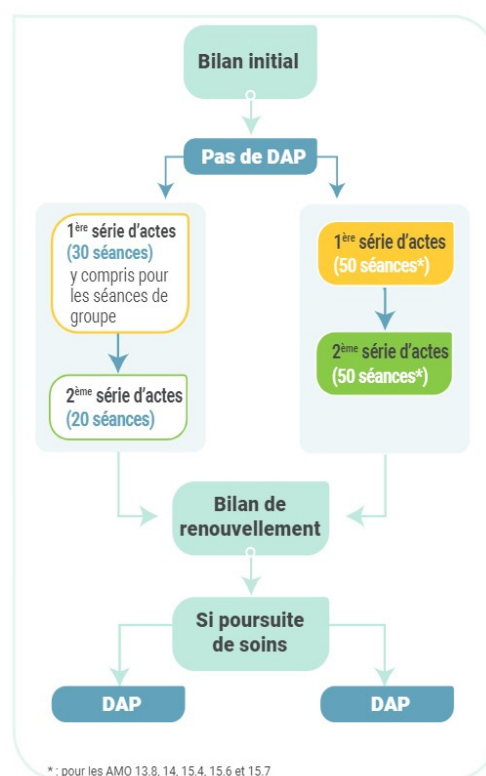
Elles peuvent être individuelles ou en groupe.

La durée des séances indiquée par la nomenclature est minimale. S'il semble utile et opportun à l'orthophoniste de prolonger la séance au-delà de la durée minimale, il ne lui est pas permis de facturer un deuxième acte.

Demande d'accord préalable

La première série de séances de rééducation (avant le bilan en renouvellement) n'est pas soumise à accord préalable.

Au terme des 50 (30 + 20) ou 100 (50 + 50) premières séances de rééducation et après le bilan en renouvellement, le renouvellement du traitement doit faire l'objet d'une Demande d'Accord Préalable (DAP) envoyée à la CPAM.



Les séances individuelles

Pour les actes suivants (**AMO 9.7 à 13.5**), 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 en renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste (sauf dans le cas où l'orthophoniste exerce en accès direct). 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
Rééducation des troubles de l'articulation, par séance	9.7	AMO
Rééducation de la déglutition dysfonctionnelle, par séance	9.8	AMO
Rééducation des fonctions vélo-tubo-tympaniques, par séance	9.9	AMO
Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle et des dyskinésies laryngées, par séance	11.4	AMO
Rééducation des dysphagies, par séance	12.8	AMO
Rééducation des troubles des fonctions oromyofaciales et de l'oralité, par séance	13.5	AMO
Éducation et rééducation de la voix dans le cadre de pathologies tumorales (dont voix orocœsophagiennes et/ou trachéo-œsophagienne, avec ou sans prothèse phonatoire), par séance	13	AMO
Rééducation des troubles de la communication et du langage écrit (dont dyslexie et dysorthographe), par séance	11,6	AMO
Rééducation des troubles de la cognition mathématique (dont dyscalculie, troubles du raisonnement logico-mathématique), par séance	11.7	AMO
Rééducation des troubles du graphisme et de l'écriture (dont dysgraphie), par séance	11.5	AMO
Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral, par séance	12.1	AMO
Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral, par séance (de 3 à 6 ans inclus)	12.6	AMO
Rééducation des bégaiements et des autres troubles de la fluence, par séance	12.2	AMO
Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance	12	AMO

Pour les actes suivants (**AMO 13.8 et 14**), 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 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
Éducation ou rééducation de la communication et du langage dans les handicaps moteurs, sensoriel et/ou les déficiences intellectuelles (inclus paralysie cérébrale, trouble du spectre de l'autisme et maladies génétiques), par séance	13.8	AMO
<i>Rééducation des dysphasies, par séance d'une durée minimale de 30 minutes</i>	14	AMO

Pour les actes suivants (**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 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 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.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
<i>Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oromyofaciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques.</i>	15.7	AMO
<i>Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oromyofaciales chez les patients atteints de pathologie neuro-dégénératives</i>	15.6	AMO

Pour l'acte suivant (**AMO 15.4**), la séance doit avoir une 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 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
<i>Démütisation, 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</i>	15.4	AMO

Les séances de groupe

Les rééducations de groupes doivent être dispensées à raison d'un praticien pour 2 à 4 patients. Il est recommandé de constituer des groupes de besoins homogènes.

Les séances ont une durée minimale d'une heure.

La première série de 30 séances est renouvelable par série de 20 séances au maximum. Si, à l'issue des 50 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique 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.

Depuis la signature de l'avenant 20, tous les actes de rééducation peuvent être effectués en séance de groupe. Ils sont facturés 1 AMO 9 par patient et par séance quelle que soit la pathologie.

Adaptations des prescriptions

Les prescriptions médicales datant de moins d'un an peuvent être :

- adaptées après en avoir respecté les termes, lors du renouvellement, en cas de libellé conforme mais ne correspondant pas à la NGAP.

L'orthophoniste inscrit son nom et prénom, son numéro ADELI, indique « Renouvellement orthophoniste » puis la mention « le nombre de séances d'orthophonie inscrits sur la prescription médicale initiale n'est pas opposable dans le cadre de ce renouvellement », date et signe.

- ou renouvelées ou en cas de libellé conforme, si la série d'actes, conformément à la NGAP, est réalisée en moins d'un an et sauf avis contraire du médecin.

L'orthophoniste inscrit son nom et prénom, son numéro ADELI, indique « Renouvellement orthophoniste », date et signe.

Plus d'informations dans [L'orthophoniste de mai 2023](#)

Intervention sur le lieu de vie du patient (notamment en milieu scolaire)

Début juillet 2019, [un protocole d'accord visant l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap](#), afin d'améliorer leurs prises en soins, a été signé entre la FNO et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Ce texte, applicable depuis le 15 juillet 2019, permet d'étendre la notion de domicile telle que prévue dans la convention nationale et la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) aux lieux d'accueil des enfants et des adultes en situation de handicap. Ces lieux d'accueil peuvent être des lieux de garde (crèche, domicile des assistant·es maternel·les...), mais aussi des lieux de formation (écoles, lieux de formation pour adultes...). Ce texte concerne exclusivement les situations de handicap important, correspondant à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 50 %, taux défini comme celui associé à une atteinte de l'autonomie de la personne.

La signature de ce protocole, volontairement cadrant, acte officiellement le refus par la FNO et la CNAM-TS de l'installation de cabinets d'orthophonie au sein des écoles, en instaurant cette considération extensive de la notion de « domicile du patient » uniquement dans certains cas très spécifiques. La notion de « cabinet » est ainsi protégée.

« Ces interventions n'ont pas pour objet de conduire à l'installation de cabinets d'orthophonistes dans les établissements scolaires, dans les lieux de vie et d'accueil ou dans les lieux de formation pour adultes handicapés au titre de leur « activité courante » au regard des dérives potentielles induites par un tel exercice (risque de captation de patientèle, atteinte au principe de libre choix du patient, etc.). »

Jusque-là, au vu de notre convention avec l'Assurance maladie, l'orthophoniste ne pouvait exercer son art, et donc se faire rémunérer, qu'à son cabinet et/ou au domicile du patient.

Ce texte permet désormais que les actes réalisés par des orthophonistes dans le cadre d'une prise en soins écologique des patients en situation de handicap soient remboursés. Cette rémunération pourrait donc concerner des interventions relevant des différentes missions de l'orthophoniste, comme les interventions dans le cadre des troubles alimentaires pédiatriques (repas dans les lieux d'accueil, crèche, assistant·e maternel·le...) ; les interventions pour des troubles de la communication et du langage (mise en œuvre des outils de communication alternative et augmentée, du Langage Parlé Complété, utilisation d'un micro HF pour les personnes sourdes appareillées...), etc....

De plus, cette intervention étant qualifiée d'extension de la notion de domicile, l'indemnité de déplacement est évidemment facturable.

En pratique, ce protocole ne s'applique que si :

- le patient à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 50 % ayant un impact sur son autonomie ;
- l'intervention est orientée vers l'environnement du patient ;
- l'intervention est décidée en autonomie par l'orthophoniste, si l'intervention en milieu de vie s'avère nécessaire ;
- l'ordonnance doit porter la mention « à domicile » ;
- l'indemnité de déplacement est facturable.

Forfaits

Le forfait majoration enfant orthophoniste (MEO)

Il s'agit d'une rémunération qui valorise fortement l'intervention précoce avec une augmentation des actes pour les enfants de 0 à 3 ans non inclus (+6 € sur toute séance de rééducation). Cela concerne tous les actes de soins jusqu'à la veille de la date anniversaire des 3 ans de l'enfant.

Le forfait orthophoniste handicap (FOH)

Ce forfait constitue un nouveau mode de rémunération conventionnel complémentaire qui valorise le travail des orthophonistes au-delà de l'acte de soin direct, notamment en reconnaissant l'action sur l'environnement du patient. Il s'agit d'un forfait annuel de 50 €/patient pour certaines pathologies (voir tableau ci-dessous).

Le forfait post-hospitalisation (FPH)

Le forfait post-hospitalisation, en cohérence notamment avec le dispositif PRADO AVC (Programme de Retour A Domicile), a pour objectif de faciliter une prise en charge rapide et intensive dès la sortie d'hospitalisation tout en renforçant l'action sur le milieu de vie du patient, en direction des aidants notamment. Il s'agit d'un forfait de 100 €/patient pris en charge dans les 7 jours calendaires qui suivent sa sortie d'hospitalisation.

Le forfait trouble du neurodéveloppement (FTD)

L'avenant 18 signé le 29 juillet 2021 crée un nouveau forfait de 50 € permettant la valorisation de la prise en charge des patients présentant un trouble du neurodéveloppement et orientés vers une plateforme de coordination et d'orientation (PCO). Ce forfait permet de valoriser l'implication des orthophonistes dans ce type de prises en charge et les spécificités des contraintes liées aux PCO. Il est applicable depuis le 6 avril 2022.

Ce forfait est facturable une fois par an et par patient jusqu'aux 12 ans inclus de l'enfant. Il doit être coté « en association d'un acte effectué pour un enfant porteur d'un trouble du neurodéveloppement dans le cadre d'une prise en charge coordonnée par une plateforme PCO ». Ce forfait comprend le cas échéant l'indemnité de déplacement. Il n'est pas cumulable avec le forfait Handicap (FOH).

En pratique

FORFAITS	Codes	Montants	Modalités de facturation	Actes concernés
Majoration conventionnelle pour la prise en charge des enfants de moins de 3 ans	MEO	+6 € par acte de rééducation	<ul style="list-style-type: none"> ● Facturable à chaque acte de rééducation ● Jusqu'au 3 ans non inclus de l'enfant 	Tous les AMO de rééducation
Forfait pour la prise en charge des patients en situation de handicap	FOH	50 €	<ul style="list-style-type: none"> ● 1 fois par an et par patient (2 fois par an en cas d'aggravation des troubles) ● Non cumulable avec un autre forfait ● Facturable seul ou en association d'un acte de rééducation 	AMO 13,8 AMO 14 AMO 15,4 jusqu'au 16 ans inclus de l'enfant AMO 15,7 jusqu'au 16 ans inclus de l'enfant
Forfait pour la prise en charge des patients porteurs de troubles neuro-développementaux dans le cadre d'une prise en charge coordonnée par une plateforme PCO	FTD	50 €	<ul style="list-style-type: none"> ● 1 fois par et par patient ● Jusqu'au 12 ans inclus de l'enfant ● Non cumulable avec un autre forfait ● Facturable en association d'un acte de bilan ou de rééducation 	AMO 34 AMO 40 AMO 10 AMO 10,1 AMO 10,2 AMO 12,1 AMO 12,2 AMO 12,6
Forfait pour la prise en charge des patients en post hospitalisation	FPH	100 €	<ul style="list-style-type: none"> ● 1 fois par patient ● Dans la cadre d'une prise en charge qui intervient dans les 7 jours calendaires (week-end inclus) suivant la sortie d'hospitalisation ● Facturable 30 jours après la 1^e prise en charge 	Tous les AMO de rééducation

La FNO, très attachée à la notion de paiement à l'acte, continuera à œuvrer pour une revalorisation tarifaire régulière, dans une logique de reconnaissance de tous nos actes et de toutes nos missions qui illustrent le niveau de responsabilité et d'autonomie des orthophonistes.

Soins à domicile

Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD, IFN, IFS)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel 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 uniquement forfaitaire.

Depuis le 27 octobre 2022 et la mise en application des mesures tarifaires de l'avenant 19, l'indemnité forfaitaire de déplacement (IFD) a été remplacée en partie par l'indemnité forfaitaire spécifique (IFS) ou l'indemnité forfaitaire Neurologique (IFN) dans certains cas.

En pratique :

L'IFN s'applique pour tous les actes 15,6 et 15,7 effectués à domicile, l'IFS pour tous les actes réalisés dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation dans la limite de 35 jours après la sortie, quelle que soit la cotation.

Pour tous les autres actes effectués à domicile, c'est l'IFD qui continue de s'appliquer.

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, il s'ajoute à l'indemnité forfaitaire une indemnité horokilométrique.

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."

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."

En pratique

	EN PLAINE	EN MONTAGNE
Indemnité forfaitaire seule IFD (2,5€) ou IFS (4€) ou IFN (4€)	Si le domicile du patient est dans la même agglomération ou à moins de 2 kms	Si le domicile du patient est dans la même agglomération ou à moins de 1 km
Indemnité forfaitaire et indemnité kilométrique IFD + IK ou IFS + IK ou IFN + IK	Si le domicile du patient n'est pas dans la même agglomération et à plus de 2 kms	Si le domicile du patient n'est pas dans la même agglomération et à plus de 1 km

Pour les indemnités horokilométriques (IK), comment calculer les kilomètres parcourus ?

En plaine, il faut prendre la distance entre le cabinet et le domicile du patient et soustraire 2 km pour un trajet soit 4 km pour l'aller-retour.

En montagne, il faut prendre la distance entre le cabinet et le domicile du patient ou de la patiente et soustraire 1 km pour le trajet soit 2 km pour l'aller-retour.

Avec l'avenant 19, les IK ont été revalorisées, les montants actuels sont :

En plaine : en métropole = 0,38 €/km et dans les DOM = 0,43 €/km

En montagne : en métropole = 0,61 €/km et dans les DOM = 0,66 €/km

À pied (ou à ski) : 3,35 €/km en plaine et montagne, en Métropole et dans les DOM.

Comment savoir si le trajet parcouru est en plaine ou en montagne ?

L'information est disponible en entrant le nom de votre agglomération sur le site de l'Observatoire des territoires :

<https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/zonage-de-politiques-publiques?z1=&pos=>

Qu'est-ce qu'une agglomération ?

La notion d'agglomération retenue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) pour le calcul de ces indemnités de déplacement est celle de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en vertu de laquelle une agglomération correspond à une « unité urbaine », c'est-à-dire à une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2000 habitants.

FAMI : Forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet

Retrouvez toutes les informations sur le FAMI [ici](#)

Double prise en charge

Qu'est-ce que la double prise en charge ou prise en charge concomitante ?

Lorsqu'un patient est suivi en structure mais ne peut pas bénéficier des soins orthophoniques dans la structure pour cause d'absence d'orthophoniste ou de manque de disponibilité de l'orthophoniste, la question de la double prise en charge peut se poser.

Les établissements médico-sociaux (ESMS) ainsi que certaines structures sanitaires sont généralement en dotation globale, c'est-à-dire que l'Assurance Maladie verse un forfait à l'établissement, et les soins d'orthophonie sont inclus dans ce forfait.

Si l'orthophoniste exerçant en libéral facture des séances d'orthophonie pour un patient suivi dans une structure en dotation globale, l'assurance maladie paye deux fois pour les soins d'orthophonie de ce patient. C'est pour cela qu'on parle de double prise en charge.

L'assurance maladie sera alors en droit de demander des indus, c'est-à-dire un remboursement des prestations versées. Malheureusement, les indus sont généralement demandés à l'orthophoniste libéral. La FNO se bat depuis plusieurs années pour que les CPAM se tournent directement vers les structures, pour demander le remboursement des soins, et non vers les orthophonistes qui ont réellement effectué les séances.

Quelles sont les structures généralement concernées par la dotation globale ?

- Parmi les ESMS, on retrouve les CMPP, IME, SESSAD, CAMSP, HDJ, HAD, IME, UEMA, UEEA, MAS, EHPAD... (liste non exhaustive)
- Parmi les structures sanitaires, on retrouve notamment les CMP et les CAMSP

 Afin de vous protéger, demandez un écrit attestant le statut de dotation de l'établissement et ses missions !

Convention ou pas convention ?

● L'objet des soins est en lien avec les missions de l'établissement

La structure doit établir une convention avec l'orthophoniste. Les séances sont réglées directement par l'établissement à l'orthophoniste, sur présentation de factures et à hauteur du tarif conventionnel. Les forfaits et les déplacements sont aussi facturés à l'établissement. Ceci est valable qu'il y ait un orthophoniste ou non dans la structure.

● L'objet des soins n'est pas en lien avec les missions de l'établissement

Exemple : un patient sourd suivi en structure pour patients sourds qui présenterait un trouble de l'oralité indépendant

Il n'est pas nécessaire de faire de convention, ni de dérogation. La facturation se fait directement à l'assurance maladie via la carte Vitale.

Les demandes dérogatoires

Pour un patient suivi en établissement médico-social dont les soins sont en lien avec les missions de l'établissement, en cas de refus de convention par la structure pour de raisons d'intensité ou de technicité, une dérogation est possible.

Procédure de demande dérogatoire :

1°) Rédaction d'une prescription argumentée par le médecin attaché à l'établissement en expliquant la situation particulière de l'enfant par rapport à la capacité de la structure à assurer les soins adaptés en termes de technicité ou d'intensité requis par la pathologie ou les troubles dont souffre l'enfant.

2°) Envoi de la Demande d'Accord Préalable par l'orthophoniste accompagnée de cette prescription argumentée souhaitant effectuer la prise en charge.

L'absence de réponse du Service Médical sous 15 jours vaut accord. En cas d'accord, l'ensemble du traitement du patient sera pris en charge exclusivement en soins de ville.

Nous vous recommandons de conserver une copie et la date de l'envoi.

Le cas particulier des CMP (centres médico-psychologiques)

Pour les patients suivis en CMP dont les soins sont en lien avec les missions de l'établissement, il n'est pas nécessaire d'établir de convention avec le CMP.

En effet, il existe une tolérance spécifique pour les CMP ([Circulaire n°21/2017 du 12 juin 2017](#)) concernant les dérogations, en effet il n'est pas nécessaire de justifier de la notion d'intensité ou de technicité pour que les soins soient facturés à l'assurance maladie via la carte Vitale.

Procédure :

Envoi d'une DAP classique par l'orthophoniste accompagnée d'une prescription du médecin de l'établissement (sans justification supplémentaire).

 Dans ce cas, la DAP doit être envoyée même suite à un bilan initial !

Les fausses idées

● Si un patient suivi au préalable entre en structure, il est possible d'aller jusqu'au bout des séances comprises dans la prescription sans signer de convention avec l'établissement.

FAUX dès que le patient est admis au sein de la structure, le cas de double prise en charge s'applique.

● Si l'orthophoniste ne pratique pas tiers-payant généralisé, je ne peux pas avoir d'indus de double prise en charge.

FAUX, dès lors que les soins ont été facturés par l'orthophoniste à l'assurance maladie (carte Vitale ou feuille de soins papier), des indus peuvent être demandés.

● Si l'orthophoniste n'est pas adhérent à la FNO il/elle ne sera pas soutenu·e en cas de demande d'indus.

FAUX, la FNO s'applique à soutenir tous les orthophonistes face à ces types de demandes d'indus, à travers les syndicats régionaux et les commissaires paritaires départementaux, régionaux et nationaux.

La position de la FNO

Lors du 28^e congrès fédéral du 8 juin 2019, le Conseil d'administration fédéral de la FNO a voté une [motion de défense](#) de la profession. Le levier d'action choisi par le Conseil d'administration est la non-signature de nouvelles conventions avec les structures sanitaires et médico-sociales qui externalisent les soins d'orthophonie de manière abusive.

Des modèles de lettres à destination des patients, des établissements et des ARS sont proposés dans l'article suivant :

<https://fno.fr/vous-etes/vie-professionnelle/double-prises-en-charge-et-prises-en-charges-concomitantes/>

Cette position du conseil d'administration vise à la fois à protéger les orthophonistes exerçant en libéral, suite à des demandes répétées d'indus de la part des CPAM, et à la fois à défendre l'exercice salarié pour qui les conséquences sont dramatiques : <https://fno.fr/ressources-diverses/conventions-avec-les-etablissements-ou-en-est-on/>

La convention

Dans le cas où vous établissez une convention avec une structure, il est important de bien lire tous les articles et n'hésitez pas à demander des modifications.

La convention entre l'établissement et l'orthophoniste doit contenir :

- le numéro ADELI de l'orthophoniste ;
- le nom du patient ;
- le principe du libre choix du praticien par un patient ;
- le respect de la nomenclature générale des actes professionnels ;
- le respect des tarifs conventionnels ;
- la rémunération des réunions de synthèse ;
- la durée de la convention (date de début et de fin).

Attention : la convention est établie pour chaque patient, elle n'est pas établie de manière générale entre l'orthophoniste et la structure.

Afin de vous protéger, la convention avec l'établissement ne doit pas contenir d'obligation non conventionnelle ou en opposition avec l'exercice en libéral, comme :

- chercher un remplaçant ;
- justifier les absences ;
- limitation du nombre de séances par semaine ;
- date vacances ;
- horaires des séances ;
- rythme des facturations.

Une convention type ainsi qu'une foire aux questions sont disponibles dans l'article suivant : <https://fno.fr/vous-etes/vie-professionnelle/double-prises-en-charge-et-prises-en-charges-concomitantes/>

Urgence

La prise en charge de l'urgence fait partie des modalités d'intervention en orthophonie. L'accès direct (sans prescription) est possible dans le cadre d'une prise en charge en urgence et en l'absence du médecin.

Extrait du 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 : " 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. "

Télésoin

L'avenant 17, signé le 29 janvier 2021 entre la FNO et la CNAM a permis d'intégrer le télésoin à notre NGAP.

La modalité de télésoin est décidée par l'orthophoniste en toute autonomie, avec le patient ou la famille dans le respect d'un certain cadre :

- l'activité annuelle en télésoin du professionnel de santé ne peut dépasser 20 % ;
- les bilans initiaux ne peuvent pas être effectués en télésoin ;
- un patient doit être reçu au minimum au moins une fois par an en présentiel.

Tous les actes de notre NGAP, à l'exception du bilan initial peuvent être effectués en télésoin.

La facturation des séances effectuées en télésoin s'opère avec la lettre-clé TMO, spécifique aux actes réalisés aux télésoin, qui a une valeur de 2,50 €.

La majoration MEO est applicable en télésoin, en revanche les forfaits (FOH et FPH) ne peuvent pas être adossés à des séances en télésoin. Ils peuvent en revanche être facturés seuls.

Pour déployer son activité de télésoin, l'orthophoniste pourra percevoir une aide forfaitaire complémentaire (dans le cadre du [Forfait d'Aide à la Modernisation et à l'Informatisation du cabinet FAMI](#)) qui comprend 2 niveaux :

- une aide de 350 € pour l'équipement (vidéotransmission/abonnements...) ;
- une aide de 175 € pour l'équipement en appareils médicaux connectés. Les appareils éligibles devront être définis par la CNAM en concertation avec la FNO.

Plus d'informations ici : [FAQ Télésoin](#)

Téléexpertise

Avenant 18 signé le 29 juillet 2021, entre la FNO et la CNAM, ouvre la possibilité aux orthophonistes de requérir une téléexpertise auprès d'un professionnel médical. Actuellement les orthophonistes ne peuvent pas être requis.

La Téléexpertise a pour objet de permettre à l'orthophoniste de solliciter l'avis à distance d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières susceptibles de pouvoir répondre à la question posée sur la base d'informations de santé liées à la prise en charge d'un patient.

Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par l'orthophoniste requérant, l'opportunité de sa réalisation relève de la responsabilité du professionnel médical requis.

Tous les patients peuvent bénéficier de téléexpertise, les patients ou leur représentant légal doivent être informés des conditions de réalisation de la téléexpertise et doivent avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations.

La téléexpertise doit être réalisée dans des conditions permettant de garantir :

- la confidentialité des échanges entre l'orthophoniste requérant le professionnel médical requis ;
- la sécurisation des données transmises et la traçabilité de la facturation des actes réalisés.

Les échanges dans le cadre de la téléexpertise entre l'orthophoniste et le professionnel de santé doivent s'appuyer sur le recours à une messagerie sécurisée de santé.

Les téléexpertises peuvent être ponctuelles ou répétées.

Cet acte de téléexpertise doit faire l'objet d'un compte rendu établi par le professionnel médical requis conformément aux obligations légales et réglementaires, qu'il archive dans son propre dossier-patient et qui doit être transmis à l'orthophoniste requérant.

Un compte rendu est intégré dans le Dossier Médical Partagé (DMP) du patient lorsqu'il est ouvert.

Modalités de rémunération de l'acte de Téléexpertise

L'acte de demande de téléexpertise est valorisé à hauteur de 10 euros par téléexpertise, dans la limite de 2 actes/an par orthophoniste et pour un même patient.

Ces actes seront facturés avec la lettre-clé RQD.

Modalités de facturation

Si le professionnel médical requis ne connaît pas le patient, les données administratives du patient (Nom, Prénom, NIR, date de naissance) sont transmises par l'orthophoniste requérant.

L'orthophoniste doit également communiquer au professionnel médical requis, son numéro d'identification de professionnel de santé qui doit être renseigné dans la feuille de soins du professionnel médical requis.

En l'absence du patient, la facturation peut se faire en Sesam sans Vitale en l'absence de carte Vitale du patient et quand le logiciel le permet, ou en dernier recours en mode « dégradé », non sécurisé.

En outre, l'orthophoniste doit obligatoirement mentionner dans la feuille de soins le numéro d'identification du professionnel médical requis.

Facturation des soins

Généralités

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.

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.

Le remboursement des actes aux assurés

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

Les 40 % restants constituent la participation de l'assuré, ou ticket modérateur. Il peut être pris en charge par une mutuelle, une complémentaire santé, la C2S (complémentaire santé solidaire) ou l'assuré lui-même.

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.

Dans le cas d'un patient en ALD (affection longue durée), la totalité des honoraires des orthophonistes est remboursée par le régime général si et seulement si l'ALD est en lien avec le suivi orthophonique et que la prescription précise ce cadre de l'ALD (ordonnance bi-zone).

Le paiement des actes

Le paiement par l'assuré

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 Tiers Payant

Le tiers payant sur la part obligatoire

Le tiers payant sur la part remboursée par l'assurance maladie est obligatoire :

- dans le cadre d'une affection longue durée (ALD) ;
- si le patient bénéficie de la Complémentaire santé solidaire ;
- si le patient bénéficie de l'aide médicale d'État (AME) ;
- si les soins sont liés à un accident de travail ou à une maladie professionnelle ;

Ces informations sont disponibles sur la carte Vitale du patient.

Il est possible, de pratiquer le tiers payant sur la part obligatoire à tous les assurés, quelle que soit leur situation, mais ce n'est pas une obligation.

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 sécurisée et ce quels que soient les changements de situation du patient ;
- l'absence rejet pour les personnes en ALD ;
- le délai de paiement des FSE qui ne doit pas excéder 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 ».

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.

Le tiers payant sur la part non obligatoire

Il est possible, mais non obligatoire, de pratiquer le tiers payant auprès des différents organismes complémentaires (mutuelles et complémentaires santé).

Il est important de s'assurer que les soins sont pratiqués dans les périodes de droits de l'assuré. Il est aussi nécessaire de se conventionner auprès des organismes concernés. Il existe des regroupements d'organismes permettant de faciliter les démarches.

Télétransmission

Par principe, la facturation des actes et prestations s'effectue sous format électronique dit « système SESAM-Vitale », avec la carte Vitale du patient.

La réalisation et l'émission de Feuilles de soins électroniques (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).

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 ;
- pour vos patients, une relation simplifiée avec leur caisse d'assurance maladie ;
- 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).

SCOR : la Scannérisation des Ordonnances

SCOR est une fonction incluse dans votre logiciel de télétransmission. Cela permet la dématérialisation de l'envoi des ordonnances via la télétransmission et va dans le sens d'une simplification administrative nécessaire demandée par tous les orthophonistes libéraux.

Les feuilles de soins SESAM "dégradé"

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 sont pas considérées comme de la télétransmission sécurisée pour le calcul du taux de télétransmission défini à l'article 29 de la convention nationale, soit 70 %.

Parallèlement à la télétransmission de la facture en mode dit « Sesam Vitale dégradé », il faut adresser les pièces justificatives du paiement (prescription médicale et feuille de soins) par courrier et dans le plus court délai possible, à la caisse d'assurance maladie concernée qui recevra et traitera cet envoi.

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

Les feuilles de soins SESAM "sans-vitale"

Dans le cadre du télésoin, s'il n'est pas possible de lire la carte Vitale du patient, la facturation de cet acte peut être réalisée en mode SESAM sans Vitale. Les soins facturés en SESAM sans vitale correspondent à de la télétransmission sécurisée.

Toutefois, si l'orthophoniste ne dispose pas d'un logiciel permettant de facturer les actes en télésoin en SESAM sans Vitale, il a la possibilité de facturer ces actes en mode SESAM dégradé. Dans ce cas, il doit adresser la feuille de soins papier via SCOR, parallèlement au flux électronique.

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.

Le dépassement d'honoraire

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

- de temps ou de lieu dû 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.

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).

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](#).

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.

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). La CPS est distribuée gratuitement et systématiquement à tout professionnel de santé (libéral et hospitalier). 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.

Cette carte permet au professionnel de santé de :

- s'identifier afin d'éviter une usurpation d'identité, via un processus d'identification et un code confidentiel ;
- 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 ;
- de consulter le DMP de l'assuré.

La carte de professionnel de santé est 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.

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.

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. La version dématérialisée de la CPS, la e-CPS, est maintenant disponible. Vous retrouverez ici la procédure d'installation (voir partie sur le numérique en santé).

La CPS remplaçant

Il convient 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.

Le remplaçant prend la situation conventionnelle du remplacé donc FSE sera faite avec le numéro AM du remplacé mais avec l'identifiant du remplaçant (numéro RPPS ou ADELI). Le versement des honoraires se fera sur le compte bancaire du remplacé.

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

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 instances conventionnelles : les commissions paritaires

Généralités

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. Celle-ci se fait au sein de commissions paritaires, il existe une commission paritaire nationale (CPN), des commissions paritaires régionales (CPR) et des commissions paritaires départementales ou locales (CPD ou CPL).

Chaque commission est composée paritairement :

- de 4 représentants de l'UNCAM pour la CPN ou de 4 représentants de l'assurance maladie pour les CPR et CPD qui constituent la section sociale ;
- de 4 orthophonistes libéraux conventionnés en exercice désignés par la ou des organisations syndicales représentatives des orthophonistes libéraux signataires de la convention, qui constituent la section professionnelle. Les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales représentatives des orthophonistes signataires de la présente convention. Un suppléant est désigné pour chaque siège. La durée du mandat des orthophonistes est celle conférée par le syndicat qu'ils représentent.

Chaque section désigne son président.

Les commissions paritaires se réunissent en tant que de besoin et au minimum deux fois par an.

Rôle de la Commission Paritaire Nationale (CPN)

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, 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 sous denses ;
- 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 ;
- 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 ;
- 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 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 ;
- 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.

Rôle de la commission paritaire régionale

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 ;
- 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.

De plus, la CPR 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.

Rôle de la commission paritaire départementale ou locale

La CPD ou CPL 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.



De plus, la CPD ou CPL 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, au cours du dernier trimestre de chaque année, à la commission paritaire nationale, un rapport sur ses activités de l'année en cours.

Le numérique en santé

[Article de L'orthophoniste de février 2024](#)

FAMI : Forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet

Afin d'accompagner les orthophonistes qui s'engagent dans la modernisation et l'informatisation de leur cabinet et qui intègrent à leur pratique les nouveaux modes d'exercice coordonné, la FNO et l'Assurance maladie ont instauré une aide forfaitaire : le forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel (FAMI).

L'article 29 de l'avenant 16 à la convention nationale a modifié les conditions d'attribution des aides à la télétransmission, qui s'appellent désormais aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet professionnel. Ce forfait vise à accompagner les professionnels investissant dans des outils et organisations nouvelles facilitant leur pratique, la gestion de leur cabinet au quotidien et la prise en charge coordonnée de leurs patients.

À cela, s'ajoutent les modifications apportées par l'avenant 17, avec la création d'une aide supplémentaire indépendante, liée au télésoin, et par l'avenant 19 avec la fin du caractère facultatif de l'indicateur "exercice coordonné".

À la demande de la Fno et de manière dérogatoire, l'indicateur "Prise en charge coordonnée" est devenu complémentaire pour 2023 (il figurait initialement dans les indicateurs socles

Il s'agit désormais d'une aide qui se divise en deux parties :

- aide globale de 590 €, versée par l'Assurance Maladie si les 6 indicateurs sont atteints. Pour l'année 2023, l'indicateur exercice coordonné est optionnel et s'il n'est pas rempli le professionnel pourra obtenir une aide de 490 € si les 5 autres indicateurs sont atteints ;
- 2 indicateurs optionnels pour la télésanté.

Afin de bénéficier de cette aide, les orthophonistes doivent se rendre sur leur espace professionnel sur le site <http://amelipro.fr> onglet Convention-Rosp pendant la période de déclaration qui s'étend de mi-janvier à début mars.

Pour percevoir l'aide de base de 590 €, il faut remplir les 6 indicateurs suivants :

Indicateur 1 : utiliser un logiciel métier certifié par la HAS, compatible DMP (Dossier Médical Partagé).

Cela permet de faciliter le suivi des patient·es et leur prise en charge coordonnée, et compatible avec le recours aux téléservices tels que l'appli [ADRI](#).

Validation de l'indicateur :

Si l'indicateur était validé l'année précédente, il est automatiquement pré-coché s'il n'y a pas eu de changement de logiciel.

Sinon, la case devra être cochée manuellement, et un justificatif pourra être demandé. Le justificatif peut être une facture, un bon de commande émis ou une attestation de l'éditeur de logiciel de télétransmission précisant :

- l'éditeur du logiciel,
- le nom du logiciel,
- la date de son acquisition,
- la mention « DMP compatible »,
- indiquer, le cas échéant, la mention du recours à un autre éditeur pour assurer cette compatibilité (ex connecteur),
- préciser si le ou la professionnel-le a souscrit à un pack complémentaire spécifique.

En cas de déclaration manuelle par le professionnel sur ameli.pro, l'indicateur n'est validé que sous réserve de la transmission effective des justificatifs à la caisse de rattachement.

À noter que les éditeurs de logiciels ont été informés et doivent transmettre aux professionnels équipés les informations permettant de déclarer la compatibilité de leur logiciel à l'usage du DMP. Il suffit d'avoir un logiciel compatible DMP au 31 décembre de l'année en cours.

Indicateur 2 : Le logiciel de télétransmission doit 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 décembre de l'année précédente.

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.

Pour valider cet indicateur les professionnels doivent à la fois :

- être équipés de la version 1.40 addendum 7 du cahier des charges SESAM-Vitale.
- être équipés des avenants :
 - o l'avenant Tiers Payant ALD-MATERNITE
 - o l'avenant Suivi des factures en tiers payant (RSP 580)
 - o l'avenant Intégration CFE (Caisse des Français de l'Étranger)
 - o l'avenant Tiers payant généralisé
- avoir procédé à une facturation conforme au plus tard le 31 décembre de l'année en cours.

→ Penser à faire les mises à jour proposées par les logiciels en fin d'année civile et à effectuer une télétransmission après la mise à jour.

Validation de l'indicateur :

La case sera précochée. Aucun justificatif ne sera demandé.

Indicateur 3 : Utiliser la solution Scor pour la transmission à l'Assurance maladie des pièces justificatives numérisées.

Validation de l'indicateur : Au moins un flux Scor doit être télétransmis sur l'année en cours.

La case sera précochée. Aucun justificatif ne sera demandé.

Indicateur 4 : Atteindre un taux de télétransmission en flux sécurisé supérieur ou égal à 70 %, la télétransmission des données fiabilisant la facture et permettant de garantir des délais de paiement très courts.

Attention, l'utilisation du mode dégradé ne correspond pas à une télétransmission sécurisée : il n'est donc pas pris en compte lors du calcul du taux de télétransmission.

La facturation des actes TMO (sans carte Vitale) se fait en [Sesam sans vitale](#), cela correspond à une télétransmission sécurisée. Ces facturations n'impactent donc pas votre taux de télétransmission sécurisée. De la même manière, les facturations via l'Aide Médicale d'Etat sont également "sorties" du taux de télétransmissions non sécurisées.

Validation de l'indicateur :

Cet indicateur est calculé automatiquement par l'Assurance Maladie et ne nécessite donc aucun justificatif.

Indicateur 5 : Disposer d'une adresse de messagerie sécurisée de santé.

Toutes les messageries sécurisées faisant partie de l'espace de confiance sont acceptées. Pour Apicrypt, la version 2 est prise en compte, à condition que lors de l'installation de la version 2 d'Apicrypt, le ou la professionnel·le ait coché « l'interopérabilité avec l'Espace de Confiance » pour être intégré·e dans l'annuaire.

Si vous ne disposez pas encore d'une messagerie sécurisée de santé, vous pouvez la créer gratuitement et rapidement sur <https://mailiz.mssante.fr>

Validation de l'indicateur :

La case est précochée si vous figurez dans l'annuaire de MSSanté. Si vous possédez une adresse de messagerie sécurisée mais ne figurez pas dans l'annuaire, il vous faudra cocher la case. Une attestation sur l'honneur vous sera demandée.

Indicateur 6 (dérogatoire en 2023) : Le professionnel s'engage à une prise en charge coordonnée des patients

La prise en charge coordonnée éligible peut se traduire par une participation à une Equipe de soins primaires (ESP), à une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), à une Maison de santé pluri-professionnelle (MSP) ou à un réseau. La participation à 4 réunions interprofessionnelles par an permet également de remplir cet indicateur. Ces réunions comprennent les réunions au sein des établissements de santé, avec les plateformes de coordination et d'orientation (PCO), les équipes de suivi de scolarisation (ESS) etc.

La CNAM précise qu'il convient d'appliquer avec souplesse les critères permettant de bénéficier de cet indicateur (toutes formes d'organisations capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients).

Validation de l'indicateur :

La case devra être cochée manuellement. Il s'agit d'une déclaration sur l'honneur, mais à posteriori, un justificatif pourra être demandé.

Par ailleurs, vous pouvez aussi valider des indicateurs optionnels de la télésanté, indépendants des indicateurs socles et de l'indicateur complémentaire.

Important

⚠ Si vous êtes signataire d'un contrat d'aide à l'installation dans les « zones très sous-dotées » ou "sous denses", vous vous êtes engagé.es à remplir les conditions permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel, vous devez donc remplir les 5 indicateurs obligatoires ci-dessus.

Si vous n'avez pas pu remplir l'un des indicateurs socles, [vous pouvez faire une demande de dérogation](#).

Indicateurs optionnels : Équipement de vidéotransmission sécurisée (350 euros) : Cet indicateur valorise l'équipement de vidéotransmission sécurisé nécessaire à la réalisation de la téléconsultation. Il s'agit notamment des abonnements à des solutions techniques payantes dédiées et proposées en matière de recours aux actes de télésanté.

Les solutions grand public de communication interpersonnelles (type Skype, Face Time, Whats app, Zoom) ne constituent pas à elles seules une solution de vidéotransmission sécurisée au sens de cet indicateur et ne peuvent donner lieu à valorisation à ce titre.

Indicateurs optionnels : Aide à l'équipement en appareils médicaux connectés (175 euros)

Cet indicateur valorise l'acquisition (ou la location) d'équipements médicaux connectés utiles à la réalisation d'actes de Télésanté.

La liste de ces équipements est établie sur avis de la Commission Paritaire Nationale et peut être modifiée chaque année.

[Pour retrouver la liste des équipements concernés](#)

L'aide forfaitaire pour l'équipement à la télésanté peut être perçue indépendamment de l'atteinte des indicateurs « socles » de l'aide à la modernisation et à l'informatisation (SCOR, taux de télétransmission...).

Afin de simplifier les démarches des professionnels, il n'est pas nécessaire d'adresser de justificatifs à la caisse. L'orthophoniste qui dispose dans l'année d'un équipement conforme à l'objet de ces indicateurs doit l'attester sur l'honneur (en cochant la case sur amelipro).

L'orthophoniste s'engage également à tenir à disposition de l'Assurance maladie les justificatifs correspondants à présenter en cas de contrôles a posteriori.

[Pour avoir plus d'informations : FAQ](#)

[Article de L'orthophoniste de février 2024 pour plus d'informations](#)

Répertoire RPPS : le répertoire partagé des professionnels de santé

Le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) est le fichier de référence des professionnels de santé, commun aux organismes du secteur sanitaire et social français. Il est élaboré par l'État en collaboration avec les Ordres et l'Assurance Maladie.

Il répertorie l'ensemble des données d'identification, de diplômes, d'activité, de mode et de structure d'exercice de tout professionnel de santé.

L'intérêt du RPPS réside dans le fait qu'il est un identifiant unique valide tout au long de notre exercice. Contrairement au numéro ADELI qui nous identifie actuellement, le RPPS ne change pas en fonction du département.

Pour le moment, le RPPS ne concerne que les professions à ordre, cependant, l'attribution d'un RPPS aux orthophonistes est prévue prochainement. [L'arrêté du 23 septembre 2022](#) permet l'ajout des orthophonistes au répertoire RPPS, mais l'application n'a pas encore été mise en place par l'Agence du Numérique en Santé (ANS).

Mon Espace Santé (MES)

Mon espace santé est un espace numérique personnel et sécurisé, proposé par l'Assurance Maladie et le ministère de la Santé, qui a vocation à devenir le carnet de santé numérique interactif de tous les assurés. Grâce à ce nouveau service, chacun peut participer activement au suivi et à la préservation de sa santé.

Le DMP est désormais intégré dans Mon Espace Santé pour chaque patient.

Pour chaque usager, l'espace numérique MES a été ouvert par défaut, sauf si l'utilisateur s'y est opposé. Plus de 65 millions d'assurés sont dotés d'un MES.

Mon espace santé comprend plusieurs éléments dont le dossier médical partagé (DMP), une messagerie sécurisée pour échanger par mail avec le patient (sous la forme INS@patient.mssante.fr) ainsi qu'un catalogue de service à destination du patient.

Dossier Médical Partagé (DMP)

Le DMP d'un patient est accessible à partir du site dmp.fr. L'orthophoniste peut se connecter au DMP de son patient pour l'alimenter ou le consulter.

L'orthophoniste peut, avec accord du patient, poster des documents dans son DMP. Ceux-ci seront accessibles par le patient et ses professionnels de santé. Le patient peut, à tout moment, interdire l'accès d'un ou de plusieurs documents, à un ou à plusieurs de ses professionnels de santé.

L'orthophoniste peut alimenter le DMP avec ses documents sous 2 catégories différentes :

- compte rendu de bilan fonctionnel ;
- compte rendu ou fiche de suivi de soins.

La FNO a demandé à pouvoir également poster des documents sous les catégories suivantes, afin d'être au plus proche de notre pratique :

- prescription de produits de santé : les orthophonistes peuvent prescrire des dispositifs médicaux, il est nécessaire qu'ils puissent poster les prescriptions dans cette catégorie du DMP ;
- bilan de santé et de prévention de l'enfant : les orthophonistes peuvent pratiquer le bilan de prévention et d'accompagnement parental pour les enfants de moins de 16 ans. La note de synthèse qui en est issue doit pouvoir être versée à cette partie du DMP.

Les orthophonistes peuvent également, toujours avec l'accord du patient, consulter certains éléments du DMP. L'accès à de nouvelles catégories pertinentes, type bilan psychologique, schéma dentaire, compte rendu de génétique etc. a été demandé. Une commission au sein du ministère de la santé déterminera si l'accès à ces documents est validé.

Attention, la consultation d'un DMP sans accord du patient et/ou en l'absence de pertinence quant aux soins est punissable par la loi, jusqu'à 1 an de prison et 50 000 € d'amende.

Accès au DMP :

J'accède au DMP via le site : <https://www.dmp.fr/>

Onglet « professionnel »

Accéder au DMP

Authentification (CPS ou eCPS)

Recherche du patient par lecture de carte Vitale ou matricule INS* ou traits (nom, prénom, sexe).

[Vous trouverez un tutoriel détaillé ici](#)

Le patient est notifié en temps réel et dans le détail de l'accès à son DMP par le professionnel de santé.

Identité nationale de santé

L'Identité Nationale de Santé (INS) permet de référencer les données de santé avec une identité unique, pérenne, partagée par l'ensemble des professionnels du monde de la santé. Elle vise à faciliter et à sécuriser les échanges et le partage de données de santé entre l'ensemble des acteurs intervenant dans la prise en charge de la personne.

L'INS comprend :

- un numéro, correspondant généralement au numéro de sécurité sociale de l'utilisateur (pour les ayants-droits) ;
- cinq traits de référence (nom de naissance, prénom(s) de naissance, date de naissance, sexe, lieu de naissance).

L'INS d'un patient fait partie de son adresse de messagerie sécurisée. On peut trouver l'INS d'un patient dans son espace santé.

Adri (Acquisition des DRoits intégrée)

Intégré au logiciel de [facturation SESAM-Vitale](#), le téléservice Acquisition des DRoits intégrée (ADRI) permet aux professionnels de santé d'acquérir les informations concernant la situation médico-administrative d'un bénéficiaire de soins nécessaires à l'élaboration d'une facture. ADRI permet au professionnel de santé de facturer avec les données de droits du patient, en accédant depuis son logiciel aux bases de données de l'assurance maladie, notamment les situations spécifiques telles que la CSS, l'ALD, mais également l'AME.

Les droits peuvent être récupérables en ligne en l'absence de carte Vitale, si l'ordonnance a moins d'un an.

AppCV

L'appCV correspond à une application permettant la dématérialisation de la carte Vitale. Le patient devra s'identifier via l'application et créer un code pour accéder à la carte Vitale. Le professionnel de santé peut ensuite scanner le QR code qui apparaît sur le téléphone du patient ou se rapprocher du téléphone pour une connexion sans contact (via NFC).

Une carte Vitale ne peut être que sur un seul téléphone à la fois.

Une fonctionnalité supplémentaire est prévue, mais n'a pas encore été développée par l'assurance maladie, il s'agit de la délégation de carte Vitale, permettant à un assuré de « déléguer » sa carte Vitale dématérialisée de manière temporaire à un ayant-droit (enfant) ou un proche (aidant, autre parent d'un enfant...). Cette fonctionnalité permettrait de faciliter la facturation avec la carte Vitale dans le cas de mineurs avec parents séparés ou étant amenés par des transporteurs sanitaires.

e-CPS

La e-CPS correspond à la dématérialisation de la carte de professionnel de santé (CPS). Elle permet une connexion sécurisée même en l'absence de notre CPS physique. Elle est notamment utilisée pour la connexion à ProSantéConnect, qui permet l'identification facilitée et sécurisée aux services de la e-santé.

La e-CPS est d'ores et déjà efficace, notamment pour les orthophonistes.

Ordonnance numérique

L'ordonnance numérique vise à dématérialiser le circuit de la prescription, notamment entre les médecins et les professionnels de santé prescrits. Les médecins sont actuellement en expérimentation dans plusieurs départements pour prescrire via des ordonnances numériques.

En tant qu'orthophoniste, nous pouvons rencontrer deux cas de figure :

- bilan orthophonique prescrit par un médecin via une ordonnance numérique : l'orthophoniste peut « lire » l'ordonnance en se connectant sur amelipro, il peut soit scanner le QR code avec la webcam de l'ordinateur, soit saisir manuellement les chiffres indiqués sous le QR code ;
- l'orthophoniste veut réaliser une ordonnance numérique pour prescrire des dispositifs médicaux. Pour l'instant, amelipro ne permet pas de réaliser des prescriptions d'ordonnances numériques, seule la lecture est possible. En revanche, la prescription par les orthophonistes est bien prévue, elle dépend donc du développement du module par les logiciels métiers des orthophonistes. Ce développement devrait intervenir dans les années à venir.

RGPD et cybersécurité

Le Règlement Général sur la Protection des Données est un texte de référence européen en matière de protection des données personnelles.

Le RGDP 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, ...

Vous devez tout mettre en œuvre pour que les données personnelles dont vous disposez dans le cadre de votre exercice soient protégées.

L'authentification par mots de passe est le moyen le plus simple et le moins coûteux à déployer pour contrôler un accès, et éventuellement prouver son identité.

Il faut garder à l'esprit qu'une mauvaise gestion des mots de passe fait courir des risques aux utilisateurs sur les données personnelles.

[Plus d'informations ici.](#)

L'exercice coordonné

Les structures d'exercice coordonné

Les centres de santé

Les centres de santé sont des établissements sanitaires. Ils pratiquent des activités de prévention, de diagnostic et de soins, sur place ou au domicile du patient. Ils assurent une prise en charge pluri-professionnelle, associant des professionnels médicaux et paramédicaux.

Selon le code de la Santé publique, "les centres de santé sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par les départements, soit par les communes ou leurs groupements, soit par des établissements publics de santé, soit par des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé, à but non lucratif ou à but lucratif".

La CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

Née du plan de modernisation du système de santé « Ma Santé 2022 », la CPTS est une organisation des professionnels de santé libéraux d'un territoire. Ils décident, ensemble, des orientations à donner à la politique de santé de leur territoire. Pour cela ils s'organisent en association, afin de rédiger un projet de santé qui doit répondre à 4 missions-socles :

- améliorer l'accès aux soins (Accès à un médecin traitant et Réponse aux soins non programmés) ;
- parcours de soins pluridisciplinaire ;
- actions de prévention ;
- réponse aux crises sanitaires graves.

La CPTS a vocation à organiser une coordination avec les partenaires présents sur son territoire : établissements hospitaliers, établissements de santé, Plateformes Territoriales d'Appui, acteurs de prévention et de promotion de la santé... Il s'agit de construire un réseau de structures, d'équipes et de professionnels.

L'élaboration du projet de santé doit aboutir à la signature d'un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) avec l'ARS et la CPAM permettant le financement sur 3 ans des actions prévues dans le projet de santé.

À ce jour, aucun professionnel n'est obligé d'adhérer à la CPTS de son territoire, mais l'objectif affiché du ministère de la santé est bien qu'à terme tous les professionnels y participent.

Les ESP : Équipes de Soins Primaires

Selon le Code de la Santé publique, « une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours (...) sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme 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. » (Article L1411-11-1 du Code de la Santé Publique).

Les critères ouvrant droit à la qualification d'Équipe de Soins Primaires (ESP) sont :

- être au moins deux professionnels de santé dont au moins un médecin généraliste et avoir un minimum de patients en commun entre les professionnels de l'ESP ;
- présenter un projet ayant pour objet l'amélioration de la prise en charge et des parcours des patients. Ce projet contient au minimum l'objet de l'ESP, la description des membres qui le composent, l'engagement des professionnels sur les modalités du travail, les modalités d'évaluation et l'amélioration du service rendu. (Cf. Annexe). 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 ;
- la commune couverte par le projet de l'ESP correspond à celui de sa patientèle.

Ce projet sera par la suite transmis à l'Agence Régionale de Santé en vue de la signature d'un contrat qui précisera les engagements réciproques des acteurs. La reconnaissance des projets d'Équipe de Soins Primaire par l'ARS prendra la forme d'un courrier.

Il n'est pas prévu de financement spécifique par le Fond d'Intervention Régional (FIR) concernant la mise en place de ces ESP. Par contre, il est possible, en fonction du projet porté, que les professionnels constituant l'ESP puissent émarger sur les aides dites conventionnelles (nouvelle convention médicale). L'Agence Régionale de Santé intervient dans ces ESP comme facilitateur de la mise en place de ces projets. Sur le plan juridique, il n'est prévu aucun statut particulier concernant les ESP.

La MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens, ainsi, la création d'une MSP nécessite celle d'une SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) qui servira de cadre juridique pour encadrer l'encaissement et les dépenses des rémunérations forfaitaires liées à ce type d'exercice. Un contrat est en effet signé entre la MSP et la CPAM, établissant les obligations et objectifs de la MSP, et leur rémunération.

Tout comme les CPTS, les MSP ont des indicateurs socles : la concertation pluriprofessionnelle et l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels.

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.

Les ESCAP : Équipes de soins coordonnées avec le patient

Les ESCAP sont un projet pensé et porté par l'[UNPS](#) (Union nationale des professionnels de santé) auprès de l'Assurance maladie. Elles ont pour objectif d'améliorer la prise en soins coordonnée des patients qu'ils soient déjà suivis par une équipe pluriprofessionnelle ou pas. Les ESCAP permettent la constitution rapide, souple et simplifiée d'une équipe de professionnels de santé coordonnée avec le patient via une application mobile. Tout professionnel de santé peut enclencher la constitution d'une ESCAP grâce au remplissage d'un court questionnaire au sujet du patient concerné. Une ESCAP comprend au moins 3 professionnels de santé dont le médecin traitant.

L'accès direct

La possibilité pour les orthophonistes de réaliser des actes en accès direct prévue par la [LOI n° 2023-379 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé](#) le 19 mai 2023 puis par l'avenant n° 20 à la convention nationale des orthophonistes libéraux est entrée en vigueur à compter du 26 juillet 2023.

L'accès direct est donc effectif pour les orthophonistes qui exercent au sein :

- d'une MSP ;
- d'une ESP ;
- d'un centre de santé ;
- d'une CPTS ayant inscrit l'accès direct dans son projet de santé (la FNO propose une trame de modification [ici](#) à insérer dans le projet de santé de votre CPTS) ;
- d'un établissement sanitaire ;
- d'un établissement médico-social.

Pour les orthophonistes en libéral, la facturation se fait via le logiciel de télétransmission en renseignant votre propre numéro professionnel dans la case "prescripteur" sans ajout de pièces justificatives.

Il est obligatoire d'enregistrer le compte rendu de bilan dans le dossier médical partagé (DMP) du patient (sauf si celui-ci s'y oppose). Vous trouverez [ici](#) toutes les informations pour déposer vos documents dans le DMP.

Retrouvez plus d'information dans [la FAQ accès direct](#)

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 Indemnités journalières pour maladie	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 le auxiliaires médicaux (1^{er} janvier 2023)

Assurance maladie sur l'assiette de participation de la CPAM

Pour les revenus inférieurs à 17 597 €	0 %
Pour les revenus compris entre 17 597 € et 48 391 €	Taux progressif : entre 0 % et 6,50 %
Pour les revenus supérieurs à 48 391 €	6,50 %
Prise en charge assurance maladie	Taux progressif : entre 0 % et 6,40 %

Assurance maladie sur le reste du revenu d'activité non salarié

Pour les revenus inférieurs à 17 597 €	3,25 %
Pour les revenus compris entre 17 597 € et 48 391 €	Taux progressif : entre 3,25 % et 9,75 %
Pour les revenus supérieurs à 48 391 €	9,75 %

Allocations familiales

Pour les revenus inférieurs à 48 391 €	0 % du revenu d'activité non salarié
Pour les revenus compris entre 48 391 € et 61 589 €	Taux progressif : entre 0 % et 3,10 % du revenu d'activité non salarié
Pour les revenus supérieurs à 61 589 €	3,10 % du revenu d'activité non salarié

CSG-CRDS

	9,70 % du revenu d'activité non salarié (déduction faite des revenus de remplacement qui ont subi un précompte de CSG-CRDS) + cotisations personnelles obligatoires
Contribution aux unions régionales des professionnels de santé (Curps)	0,10 % du revenu d'activité non salarié dans la limite de 220 € pour 2023
Contribution à la formation professionnelle (CFP)	0,25 %* du <u>plafond</u> annuel de la <u>Sécurité sociale</u> soit 110 €

Catégorie de cotisant	Taux de cotisation (IJ)
Praticiens et auxiliaires médicaux	Taux de cotisation IJ = 0,3 % Assiette minimale = 40 % Pass ⁽¹⁾ Assiette maximale = 3 Pass ⁽¹⁾

Bases de calcul forfaitaire annuel (début d'activité)

À compter de la date de votre début d'activité, vous êtes redevable de cotisations auprès des organismes de protection sociale.

Ces cotisations sociales sont calculées sur la base de votre revenu d'activité non salariée.

Toutefois, lorsque vous débutez votre activité, ce revenu n'est pas connu.

Les cotisations dont vous êtes redevable, au titre des deux premières années d'activité, sont donc calculées sur une base forfaitaire identique pour tous les organismes de protection sociale.

1^{ère} année en 2024	8 810 € (19 % du Pass 2024*)
2^e année en 2025	8 810 € (19 % du Pass 2024*)

* Plafond annuel de la Sécurité sociale 2024 : 46 368 €

Catégorie de cotisant	Taux de cotisation (IJ)
Praticiens et auxiliaires médicaux	Taux de cotisation IJ = 0,3 % Assiette minimale = 40 % Pass ⁽¹⁾ Assiette maximale = 3 Pass ⁽¹⁾

Le plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) est fixé à 46 368 € en 2024

Prestations maladie (indemnités journalières)

Un dispositif d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail (y compris pour accident) a été créé depuis le 1^{er} juillet 2021. Le professionnel de santé libéral doit avoir adhéré à la convention conclue entre les représentants de sa profession et l'assurance maladie.

Les conditions d'indemnisation

En plus de relever du régime d'assurance maladie des PAMC, le professionnel de santé doit remplir plusieurs conditions pour être éligible au versement d'IJ en cas de maladie :

Le professionnel de santé libéral doit être affilié depuis au moins 12 mois au titre d'une activité non salariée au début de l'arrêt de travail.

Toutefois, si le PAMC exerçait précédemment une autre activité professionnelle ou était indemnisé au titre du chômage, ces périodes peuvent être prises en compte sous réserve qu'il n'y ait pas eu d'interruption entre ces affiliations.

Un arrêt de travail doit être prescrit et transmis à la CPAM sous 48 heures. En cas d'hospitalisation, le bulletin de sortie ou de présence doit également être transmis. Enfin, toute activité, professionnelle ou non, doit être suspendue sauf en cas de mention expresse et détaillée sur l'arrêt de travail.

Point de départ et durée d'indemnisation

Les PS sont indemnisés pendant les 90 premiers jours d'arrêt avec un délai de carence de 3 jours soit 87 jours.

Le délai de carence ne s'applique pas dans les cas suivants :

En cas de prolongation de l'arrêt de travail, après une reprise d'activité de 48 heures maximum entre la fin de l'arrêt initial et le début de l'arrêt de prolongation.

L'arrêt est dû à une ALD. Dans ce cas, le délai de carence est retenu uniquement pour le premier arrêt de travail (valable sur une période de 3 ans).

L'arrêt est dérogatoire (isolement cas contact et patient zéro durant la crise sanitaire...).

Si l'assuré reprend son activité plus de 48 heures après son arrêt de travail initial, l'arrêt qui suit cette

reprise d'activité est un nouvel arrêt de travail ouvrant droit à une nouvelle période d'indemnisation ne pouvant excéder 90 jours. Si la reprise d'activité est inférieure ou égale à 48 heures, le nouvel arrêt est considéré comme une prolongation.

Le nombre maximal de journées indemnisées sur une période de 3 ans est fixé à 360.

Calcul des indemnités

Le montant de l'IJ correspond à 1/730^e de la moyenne des revenus pris en compte pour le calcul des cotisations d'assurance maladie de l'assuré des 3 années civiles précédant la date de la constatation médicale de l'incapacité de travail dans la limite de 3 PASS. Ces 3 années de revenus servent de base au calcul du RAAM (revenu d'activité annuel moyen).

Si l'assuré n'a pas 3 ans d'antériorité de revenus cotisé pour une des trois années N-3, N-2, N-1, les revenus de l'année N sont pris en compte.

Il existe une IJ maximale (180,79 euros en 2023) et une IJ minimale (22,54 euros en 2023)

En cas de temps partiel thérapeutique, l'IJ est égale à 50 % de l'IJ temps complet.

Prélèvements sociaux et fiscalisation

Les IJ versées au titre de l'assurance maladie sont imposables à l'exception de celles versées dans le cadre d'une ALD. Elles sont soumises au prélèvement à la source des impôts, la DGFIP se chargeant de la récupération des impôts.

La CSG et la CRDS sont déduites du montant brut de l'IJ maladie.

Prestations maternité

Si vous justifiez de 10 mois d'affiliation à la date prévue de votre accouchement, et que les cotisations échues ont été versées à cette même date, sous réserve de cesser toute activité professionnelle pendant la période de perception et ce au moins pendant 8 semaines dont 6 après l'accouchement, vous pouvez percevoir :

- une allocation forfaitaire de repos maternel ;
- des indemnités journalières.

L'allocation forfaitaire de repos maternel

Versement

Elle est versée pour moitié au début du congé et pour moitié à la fin de la période obligatoire de cessation d'activité de 8 semaines. La totalité du montant de l'allocation est versée après l'accouchement lorsque celui-ci a lieu avant la fin du 7^e mois de la grossesse.

Montant

Son montant est égal à la valeur mensuelle du plafond de la sécurité sociale en vigueur à la date du premier versement, soit 3 666,00 euros au 1^{er} janvier 2023.

Les indemnités journalières forfaitaires

Durée de versement

Elles sont versées pour chaque jour de cessation d'activité professionnelle, à condition de cesser l'activité pendant un minimum de 8 semaines dont 6 après l'accouchement, dans la limite des durées légales de congé.

Montant

Leur montant est calculé en fonction de vos revenus cotisés transmis par vos Urssaf. Il ne peut être supérieur à 1/730 de la valeur annuelle du plafond de la sécurité sociale en vigueur à la date prévue du premier versement, soit 60,26 euros au 1er janvier 2023.

Si vous exerciez précédemment une autre activité professionnelle ou si vous étiez indemnisée au titre du chômage, ces périodes peuvent être prises en compte sous réserve qu'il n'y ait pas eu d'interruption entre ces affiliations.

Imposition

Comme vos salaires, vos indemnités journalières sont soumises à :

- la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) et la contribution sociale généralisée (CSG) ;
- l'impôt sur le revenu.

Votre caisse d'assurance maladie calcule vos prestations à partir des informations recueillies par l'Urssaf : vous n'avez pas à envoyer de nouveaux justificatifs de revenus.

Vous trouverez ci-dessous les tableaux récapitulant les durées légales du congé maternité.

Congé maternité global

Nombre d'enfants nés ou à charge	Naissance simple portant à 1 ou 2 enfants à charge	Naissance simple portant à 3 ou plus le nombre d'enfants à charge	Naissance multiple (jumeaux)	Naissance multiple (triplés et plus)
Durée minimale du congé global	8 semaines	8 semaines	8 semaines	8 semaines
Durée maximale du congé global	16 semaines	26 semaines	34 semaines	46 semaines

Répartition prénatale/ postnatale

Nombre d'enfants nés ou à charge	Naissance simple portant à 1 ou 2 enfants à charge	Naissance simple portant à 3 ou plus le nombre d'enfants à charge	Naissance multiple (jumeaux)	Naissance multiple (triplés et plus)
Durée minimale du congé prénatal	2 semaines	2 semaines	2 semaines	2 semaines
Durée maximale du congé prénatale	6 semaines	8 semaines	12 semaines	24 semaines
Durée maximale du congé postnatal	10 semaines	18 semaines	22 semaines	22 semaines

Cas particuliers

En cas d'accouchement prématuré de plus de six semaines : possibilité de bénéficier d'une indemnisation supplémentaire si l'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 la grossesse est 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.

Il s'agit des indemnités journalières forfaitaires de l'Assurance Maladie si vous vous trouvez dans l'incapacité physique de continuer ou de reprendre votre activité professionnelle en raison de difficultés médicales liées à votre grossesse.

Grossesse pathologique liée à l'exposition in utero au DES (Distilbène®, Stilboestrol-Borne®) (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 1er 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 avoir également cotisé sur 1 015 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 1 200 heures et revenus de l'exercice conventionné supérieur à ceux de l'activité salariée

Pour plus d'informations sur les congés maternité et accueil d'un enfant, retrouvez [la fiche pratique](#).

Prestations paternité

Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant est un droit ouvert à l'occasion de la naissance d'un enfant, dans les situations suivantes :

- si vous êtes le père de l'enfant, quelle que soit votre situation familiale : mariage, pacte civil de solidarité (Pacs), union libre, divorce ou séparation, même si vous ne vivez pas avec votre enfant ou avec sa mère ;
- si vous n'êtes pas le père mais que vous partagez la vie de la mère, dans le cadre du mariage, d'un pacte civil de solidarité ou d'un concubinage.

Pendant ce congé, vous pouvez sous certaines conditions percevoir des indemnités journalières.

Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant est d'une durée maximale de :

- 25 jours (samedi, dimanche et jour férié compris) pour la naissance d'un enfant ;
- 32 jours pour une naissance multiple.

Il doit débiter immédiatement après le congé de naissance de 3 jours payé normalement par votre employeur, comme s'il avait été travaillé et comme prévu par le code du travail (article L.3142-1).

Vous pouvez prendre votre congé de paternité et d'accueil de l'enfant **en une seule fois ou en plusieurs fois**. Sa durée peut être décomposée en plusieurs périodes :

- **une première période obligatoire de 4 jours** qui interdit de travailler en même temps, elle doit débiter immédiatement après votre congé de naissance de 3 jours ;
- **une seconde période de 21 jours en cas de naissance simple ou de 28 jours en cas de naissances multiples**. Cette seconde période de congé n'est pas obligatoire et peut être fractionnée en 2 parties dont la plus courte est au moins égale à 5 jours. Elle doit débiter dans un délai de 6 mois à compter de la naissance de votre enfant.

Vous pouvez percevoir une indemnité journalière forfaitaire lors d'un congé de paternité et d'accueil de l'enfant à l'occasion de la naissance de votre enfant ou de l'enfant de celui ou celle qui partage votre vie dans le cadre du mariage, d'un pacte civil de solidarité ou d'un concubinage.

Congé de paternité en cas d'hospitalisation de l'enfant

Quand devez-vous l'utiliser ?

Si votre enfant est hospitalisé dès sa naissance :

- dans une unité de néonatalogie, de réanimation néonatale, de pédiatrie de nouveau-nés et de nourrissons.
- dans une unité indifférenciée de réanimation pédiatrique et néonatale.

Ce congé doit être pris en une seule fois, à la suite des 7 premiers jours obligatoires de congé de paternité et d'accueil de l'enfant et ne peut durer plus de 30 jours.

En cas de naissance d'un enfant sans vie

Vous pouvez bénéficier du congé de paternité et d'accueil de l'enfant sous réserve de fournir à votre CPAM la copie de l'acte d'enfant sans vie et un certificat médical d'accouchement d'un enfant né mort ou non viable.

En cas de décès de la mère

Si vous êtes le père de l'enfant, vous pouvez bénéficier de son congé maternité postnatal puis demander le report du délai de 6 mois qui vous est imparti pour prendre votre congé de paternité et d'accueil de l'enfant, à la date de fin du congé maternité postnatal.

Si vous n'êtes pas le père mais le conjoint de la mère, ou son partenaire Pacs, ou concubin, vous pouvez bénéficier de son congé maternité postnatal à condition que le père de l'enfant n'en bénéficie pas.

Les indemnités journalières pour les praticiens ou auxiliaires médicaux

Vous pourrez percevoir une indemnité journalière forfaitaire pendant la durée de votre congé de paternité et d'accueil de l'enfant. Pour cela, vous devez justifier de 10 mois d'affiliation à la date de début du congé de paternité de d'accueil de l'enfant et vous devez cesser toute activité professionnelle.

L'indemnité journalière forfaitaire est égale à 1/730 du montant du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur, soit 60,26 € par jour au 1^{er} janvier 2023. Elle est revalorisée au 1^{er} janvier de chaque année.

Pour percevoir l'indemnité journalière forfaitaire pendant votre congé paternité, vous devez déclarer sur l'honneur interrompre toute activité professionnelle.

Pour plus d'informations sur les congés paternité et accueil d'un enfant, retrouvez [la fiche pratique](#).

Prestations allocations familiales

À chaque étape de votre vie, les allocations familiales sont là pour vous aider, en particulier lorsque vous avez deux enfants ou plus à votre charge. Si vos enfants ont moins de 20 ans, vous pouvez bénéficier des allocations familiales. Cette aide vous permet de faire face aux dépenses liées à l'éducation de vos enfants. Son montant dépend de vos ressources et du nombre d'enfants à charge.

Les allocations familiales sont cumulables avec toutes les autres aides de la CAF.

- La prime à la naissance ou à l'adoption.
- Le complément de libre choix du mode de garde.
- L'allocation journalière de présence parentale.
- La prestation partagée d'éducation de l'enfant.

À partir de 3 enfants âgés de 3 à 20 ans, vous pouvez peut-être bénéficier du complément familial, aide qui complète les allocations familiales lorsque vos revenus ne dépassent pas une certaine somme.

Quelles sont les conditions pour en bénéficier ?

Vous avez au moins deux enfants de moins de 20 ans à charge (figurant sur votre déclaration de revenus).

Pour bénéficier des prestations familiales, vous devez :

- remplir les conditions de droit au séjour si vous êtes citoyen de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Suisse ;
- fournir un titre de séjour en cours de validité, attestant que vous êtes en situation régulière en France si vous êtes étranger (dont britannique) non citoyen de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Suisse.

Si vos enfants sont nés à l'étranger, vous devez justifier de leur entrée régulière en France.

Quels montants pouvez-vous percevoir ?

Chaque année, la CAF récupère automatiquement vos revenus déclarés auprès des impôts.

Votre déclaration de revenus de l'année N-2 (pour 2023 votre déclaration de revenus 2021) permet à votre CAF d'étudier vos droits aux prestations du 1^{er} janvier au 31 décembre 2023.

Elle prend en compte, pour vous et votre conjoint, les revenus perçus en France et à l'étranger (salaires, allocations de chômage et indemnités journalières de la sécurité sociale, pensions et retraites, revenus du patrimoine, charges déductibles...). elle compare leur montant au plafond de ressources de la prestation concernée.

En cas de séparation, de divorce ou de veuvage, la CAF ne tient pas compte des revenus de votre ancien conjoint ou concubin à partir du mois suivant l'événement.

Sur quelle durée pouvez-vous en bénéficier ?

La durée du versement dépend des prestations et de vos ressources pour les prestations soumises à conditions de ressources.

Quels montants pouvez-vous percevoir ?

Le montant mensuel des allocations familiales varie selon le nombre d'enfants à charge au foyer et selon le niveau de vos ressources. Le montant de vos allocations est majoré quand vos enfants grandissent.

- Lorsque votre enfant atteint l'âge de 14 ans, vous recevez une majoration mensuelle à partir du mois civil qui suit son anniversaire.

Important : si vous avez 2 enfants à charge, vous recevez cette majoration seulement pour le deuxième.

- L'allocation forfaitaire (une aide en plus). Vous pouvez la percevoir si :
 - l'un de vos enfants a 20 ans et reste à votre charge,
 - vous avez reçu des allocations familiales pour au moins 3 enfants (dont celui de 20 ans) le mois précédent son 20^e anniversaire.

Vous la recevez automatiquement jusqu'au mois précédant son 21^{ème} anniversaire.

Les enfants en garde alternée

Parents séparés ou divorcés, si vous avez un ou plusieurs enfants en résidence alternée, vous pouvez choisir le partage des allocations familiales.

Chaque parent peut bénéficier d'une part des allocations familiales, en tenant compte de l'ensemble des enfants à sa charge et des ressources de son foyer.

D'un commun accord et pour un an minimum, vous pouvez donc choisir :

- le parent bénéficiaire pour toutes les prestations,
- le partage des allocations familiales et désigner un bénéficiaire pour les autres prestations.

Si vous n'êtes pas d'accord, une part des allocations familiales est versée à chaque parent. Les autres prestations sont maintenues au parent qui les reçoit déjà. Quel que soit votre choix, vous devez télécharger la demande, l'imprimer et l'envoyer remplie à votre Caf.

Pendant combien de temps pouvez-vous en bénéficier ?

- À partir du mois qui suit la naissance du 2^e enfant.
- Dès le 2^e enfant, puis le 3^e...
- Jusqu'au mois où il ne reste plus qu'un seul enfant à charge de moins de 20 ans.

Quelles que soient votre situation ou vos difficultés, des partenaires vous accompagnent dans votre parentalité :

● La médiation familiale

Ce service peut vous aider à trouver un accord concernant la vie quotidienne après la séparation, rétablir la communication et prendre en compte les besoins de chacun et des enfants.

Pour connaître les services proches de chez vous : www.apmf.fr, www.fenamef.asso.fr ou www.unaf.fr

● Où aller avec son bébé ou son jeune enfant ?

Le lieu d'accueil enfants-parents (Laep) est un lieu de rencontres pour les futurs parents ou pour les parents d'enfants jusqu'à 6 ans. Il permet de partager un temps d'échange et de jeu entre petits et grands dans un espace adapté aux tout petits, de créer des liens d'amitié, de faciliter l'entrée chez l'assistant maternel, à la crèche ou à l'école. C'est un lieu ouvert à tous, gratuit et sans inscription.

Pour trouver les coordonnées du Laep le plus proche de chez vous : www.monenfant.fr

Un tableau récapitulatif

Ressources 2021 (plafonds en vigueur du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2023)			
Nombre d'enfants à charge	Tranche 1	Tranche 2	Tranche 3
2	Inf ou = à 71 194 €	Inf ou = à 94 893 €	Sup à 94 893 €
3	Inf ou = à 77 126 €	Inf ou = à 100 825 €	Sup à 100 825 €
4	Inf ou = à 83 058 €	Inf ou = à 106 757 €	Sup à 106 757 €
Par enfant en plus	+ 5 932		
Montant en vigueur du 1 ^{er} juillet 2022 au 31 mars 2023			
Pour 2 enfants	139,83 €	69,92 €	34,96 €
Pour 3 enfants	318,99 €	159,50 €	79,75 €
Par enfant en plus	179,16 €	89,58 €	44,78 €
Majoration pour enfant de 14 ans et plus	69,92 €	34,96 €	17,49 €
Allocations forfaitaires	88,42 €	44,21 €	22,11 €

Si vous vivez en outre-mer, le fonctionnement de ces aides diffère :

Les enfants de ces familles perçoivent les allocations familiales et les majorations pour âge dès le premier enfant (23,78 € /mois pour un enfant), c'est-à-dire plus tôt et plus longtemps que les familles métropolitaines pour lesquelles ces prestations n'interviennent qu'à compter du deuxième enfant. Les bornes d'âge pour les majorations des allocations familiales sont différentes (11 et 16 ans contre 14 en métropole).

Si les montants des prestations familiales servies dans les DOM sont désormais identiques à ceux applicables en métropole, certaines font l'objet de conditions d'attribution ou de versements spécifiques : les familles des DOM peuvent bénéficier du complément familial dès qu'elles ont un enfant âgé de trois à cinq ans et pas d'enfant de moins de trois ans. En métropole, cette prestation est réservée aux familles d'au moins trois enfants.

Le seuil de ressources pour l'éligibilité à la prestation est inférieur à celui fixé en métropole et le montant de la prestation est sensiblement inférieur.

Le montant du complément familial majoré en Outre-mer était auparavant de **95,58** euros. Grâce aux effets conjugués du plan pauvreté et de la loi pour l'égalité réelle dans les Outre-Mer du 1^{er} mars 2017, il est désormais porté à **135,18** euros, soit une revalorisation exceptionnelle de **39,65** euros.

Au sein des départements d'outre-mer, Mayotte reste spécifique au regard du droit des prestations sociales. Les prestations familiales en vigueur dans les autres DOM n'y sont pas toutes versées. Celles qui sont servies sont calculées de manière différente, tant en ce qui concerne les montants que les plafonds. Le rapprochement avec les autres départements français a débuté en prévision d'une convergence en 2026.

En conclusion :

Vous êtes allocataire.

Vous recevez automatiquement les allocations familiales dès le 2^e enfant si vous avez déclaré cette arrivée à votre Caf.

Vous n'êtes pas allocataire.

Vous devez créer votre compte en ligne.

Assurances – Protection de la vie professionnelle

Que souscrire pour pouvoir faire face aux aléas de la vie professionnelle ?

Tout au long d'un partenariat débuté en 1980 avec Assistance et Prévoyance, la FNO définit les contours des différents contrats d'assurance de la vie professionnelle.

La 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 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.

L'assurance du 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 va 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.

L'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.

Le sinistre le plus courant est le dégât des eaux. La fermeture du cabinet pendant plusieurs jours ou semaines (le temps de séchage des travaux) peuvent mettre en difficulté financièrement votre entreprise. D'où l'importance d'avoir cette garantie dans votre contrat.

Un examen analogue mérite d'être effectué pour les pertes d'honoraires des collaborateurs ou remplaçants selon la terminologie des organismes d'assurance.

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

Le contrat de prévoyance

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.

Même si la Carpimko prévoit des garanties au delà de 90 jours et que des IJ en cas d'arrêt de travail (y compris pour accident) sont versées depuis le 1er juillet 2021 durant les 90 premiers jours, le montant de ces garanties reste faible et il reste conseillé de compléter par une prévoyance.

Les garanties habituelles de base sont au nombre de trois : garantie décès, garanties indemnités journalières et 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 de dresser son profil :

- Mon revenu professionnel est-il indispensable à la cellule familiale ?
- Quel est le revenu brut du cabinet ?
- En cas d'invalidité (totale ou partielle), 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, ...) ?

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 « l'invalidité ». Une confusion subsiste en effet entre « capacité à exercer une autre 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. Les termes « droit commun », « invalidité fonctionnelle », « barème croisé », « barème contractuel des taux d'invalidité » signifient 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.

À noter que certaines cotisations pourront être déduites en loi Madelin.

La protection juridique

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...

La complémentaire santé

En plus de la prévoyance, il sera nécessaire de souscrire à un contrat de complémentaire santé afin de couvrir les frais médicaux non remboursés par la CPAM (optique, dentaire, médecine douce...).

Carpimko

La Carpimko aujourd'hui

La Carpimko est l'une des dix sections professionnelles de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales conventionnées, instituée par l'article R 641.1 du Code de la sécurité sociale. (Infirmiers, Masseurs kinésithérapeutes, Orthophonistes, Orthoptistes, Pédiçures Podologues).

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 Laurence Delsinne (élues sur les listes Fno en 2022).

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

Retraite et invalidité

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 Carpimko 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), CIPAV (toutes les professions qui ne vont pas dans les autres caisses et qui appartiennent aux professions libérales).
- Le pôle santé : Carpimko (auxiliaires médicaux), CAVP (pharmaciens), Carmf (médecins), CARCDSF (chirurgiens-dentistes et sage-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.

Depuis 2004, c'est un régime qui attribue des points. Depuis le 1^{er} janvier 2015, il y a deux tranches de revenus appelées T1 et T2, qui sont basées sur le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) égal à 46368 € au 1^{er} janvier 2024

- 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).

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.

Calcul de la cotisation provisionnelle

Le revenu de la dernière année est :

- annualisé en cas de période d'affiliation incomplète au cours de la dernière année,
- proratisé en cas de période d'affiliation incomplète au cours de l'année en cours.

Cotisation minimale : 477 € (en cas de revenus inférieurs à 4 731 €) Cotisation maximale : 7 231 €.

Lorsque les revenus ne sont pas communiqués, le montant de la cotisation est calculé sur des revenus plafonnés à PASS (Plafond Annuel de Sécurité Sociale). En 2023, le PASS est de 43 992 €).

Une régularisation, calculée sur les revenus de l'année 2022, intervient lorsque les revenus sont définitivement connus.

Le recalcul des cotisations provisionnelles du Régime de Base 2024 et la régularisation 2023, en fonction des revenus 2023, interviendront, à partir de mai 2024, selon la date de votre déclaration de revenus 2023 à effectuer en ligne dès le mois d'avril.

Un tableau de bord existe sur chaque espace personnel Carpimko permettant de consulter le solde des cotisations provisionnelles puis avec la régularisation lorsqu'elle sera connue.

Carpimko
La Pension des Fonctionnaires Médicaux

Accueil Espace personnel | Mon profil

Mon solde de cotisations

Payer en ligne

Les informations et montants ci-dessous sont indiqués sous réserve des opérations en cours et des règlements récents non enregistrés dans notre système d'informations.

Ce solde n'affiche pas les années concernées par une procédure contentieuse (exemples : huissiers, procédures collectives etc.) ou par un rachat de trimestre.

Montant provisionnel toutes années confondues :
5 651,00 €

2023 Montant provisionnel dû : 5 651,00 €

Montant de l'échéancier provisionnel	8 072,00 €
Total réglé	2 421,00 €

Montant provisionnel dû: 5 651,00 €

Cotisations réglées par prélèvement automatique

En attente de votre prochain appel de cotisations

Prochains prélèvements automatiques

- 10 mars 2023
- 10 avril 2023
- 10 mai 2023
- 10 juin 2023
- 10 juillet 2023
- 10 août 2023
- 10 septembre 2023
- 10 octobre 2023

Payer en ligne

Si vous êtes en prélèvement automatique, vos cotisations concernées ne peuvent pas être réglées en ligne.

Seules vos cotisations hors prélèvement automatique pourront être réglées via "Payer en ligne".

Pension

La valeur du point évolue en fonction du montant de l'inflation chaque année. Sa valeur au 1^{er} janvier 2023 est de 0,60 €.

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 et régularisations

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

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. Pour tenir compte des variations de votre activité libérale, la cotisation provisionnelle du Régime de Base peut être calculée sur la base du revenu que vous estimez réaliser pour l'année en cours.

Vous devez, dans ce cas, remplir l'attestation « Revenus estimés 2024 », disponible sur le site de la Carpimko, dans votre Espace Personnel rubrique « J'exerce » ; vous pouvez également effectuer la démarche par courrier.

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

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).

ANNÉE DE NAISSANCE	ÂGE MINIMUM LÉGAL DE DÉPART	DURÉE D'ASSURANCE REQUISE	ÂGE DU TAUX PLEIN
Du 01/07 au 31/12/1951	60 ans et 4 mois	163 trimestres	65 ans et 4 mois
1952	60 ans et 9 mois	164 trimestres	65 ans et 9 mois
1953	61 ans et 2 mois	165 trimestres	66 ans et 2 mois
1954	61 ans et 7 mois		66 ans et 7 mois
1955 – 1956 – 1957	62 ans	166 trimestres	67 ans
1958 – 1959 – 1960	62 ans	167 trimestres*	67 ans
1961 – 1962 – 1963	62 ans	168 trimestres*	67 ans
1964 – 1965 – 1966	62 ans	169 trimestres*	67 ans
1967 – 1968 – 1969	62 ans	170 trimestres*	67 ans
1970 – 1971 – 1972	62 ans	171 trimestres*	67 ans
À partir de 1973	62 ans	172 trimestres*	67 ans

*En application de la loi n° 2014-40 du 20/01/2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite

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 nés après juillet 1951.

Afin d'aider les affiliés qui s'interrogent sur leurs droits à retraite (montants et dates de départ possibles), il existe un lien vers des vidéos de l'Info Retraite, le site officiel inter-régimes (<https://www.info-retraite.fr/portail-info/home.html>). En effet, les orthophonistes peuvent avoir exercé d'autres professions ou en salariés auparavant et dans ce cas, avoir cotisé à d'autres régimes de retraite que la Carpimko. Ce site explique comment utiliser les services en ligne pour vérifier et corriger la carrière et estimer le montant de la retraite.

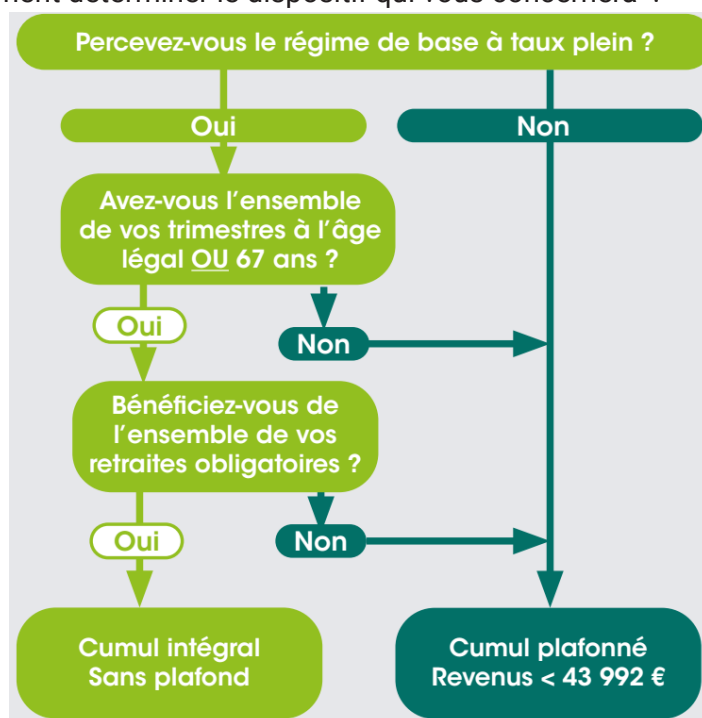
Le cumul emploi retraite

En 2023 le dispositif du cumul emploi retraite générateur de droits s'est ouvert aux orthophonistes. Il permet de percevoir votre pension de retraite tout en continuant d'exercer une activité libérale.

Deux dispositifs de cumul activité-retraite existent :

- le cumul intégral qui vous permet de percevoir sans limitation votre retraite et vos revenus professionnels (sous réserve du respect de certaines conditions). Vous cumulez des droits à une seconde pension de retraite du régime de base et, depuis 2024, sur le régime complémentaire ;
- le cumul plafonné lorsque vous ne pouvez pas être en cumul intégral. Il vous permet de percevoir votre retraite et vos revenus professionnels, en respectant un plafond à ne pas dépasser (43 992 € en 2023). Le cumul prend effet au 1^{er} jour du trimestre civil qui suit la déclaration de cumul : 1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet ou 1^{er} octobre.

En résumé, voici comment déterminer le dispositif qui vous concernera :



Pour plus d'informations : <https://www.carpimko.com/publications>

La retraite progressive

En 2023 le dispositif de la Retraite progressive a été ouvert aux orthophonistes. Ce dispositif vous permet de percevoir une partie de vos pensions de retraite (régime de base et régime complémentaire) tout en diminuant votre activité. Vos cotisations vous permettent de générer des droits à retraite.

Les conditions sont :

- faire la demande 2 ans avant l'âge légal selon votre année de naissance ;
- avoir validé au moins 150 trimestres d'assurance tous régimes confondus ;
- exercer à titre exclusif votre activité libérale ;
- réduire vos revenus de 20 % à 60 % par rapport à la moyenne de vos revenus professionnels des 5 années précédant votre demande.

Le montant de vos pensions est provisoire. Il sera recalculé lors de l'attribution de vos retraites.

Pour plus d'informations : <https://www.carpimko.com/publications>

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 cher. 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 ;
- une cotisation proportionnelle aux revenus de 3 % appliquée uniquement sur les revenus compris entre 25 246 et 203 446 € en 2023.

La valeur des points évolue en fonction de l'inflation, elle est de 20,64 € au 1er janvier 2023. Les bornes d'âge sont 62 et 67 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.

Le montant de la cotisation forfaitaire 2023 : 1 944 €/an.

L'Avantage social vieillesse (ASV)

Ce régime est issu des négociations conventionnelles entre les syndicats et l'assurance maladie. C'est un régime par répartition. 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 en 2023 : 634 € dont 211 € payé par l'affilié (1/3). L'assurance maladie prenant en charge 423 € (2/3).

La valeur du point au 1^{er} janvier 2023 : 1,42 €.

RID ou régime invalidité décès

Il intervient au bout de 90 jours d'arrêt et prend la suite des Indemnités Journalières versées par l'assurance maladie depuis juillet 2021.

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

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) ;
- le décès (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 pouvant 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).

Montant de la cotisation 2023 : 862 €/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.

Cette aide peut être une participation à différents frais comme le financement d'une aide-ménagère, de travaux d'aménagement au domicile suite à l'état de santé, de dépenses de la vie courante, de l'installation de téléassistance, de portage de repas à domicile, de financement de maison de retraite, etc...

Pour avoir recours aux aides de l'action sociale, il est nécessaire d'être à jour de ses cotisations.

Déclaration et paiement dématérialisés

Afin de simplifier vos formalités déclaratives, **la déclaration sociale des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (DS PamC) est supprimée**. À compter de 2023, pour déclarer vos revenus 2022, vous n'aurez qu'une seule déclaration à faire sur impots.gouv.fr.

C'est cette déclaration qui permet aux organismes (Urssaf et CARPIMKO) de calculer l'ensemble de vos cotisations sociales.

La déclaration sociale des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (DS PAMC) permet de collecter le revenu servant de base au calcul des cotisations sociales obligatoires d'assurance-maladie, maternité, vieillesse, invalidité-décès et allocations familiales, ainsi qu'au calcul des contributions sociales personnelles (CSG et CRDS) et de la contribution aux unions des professionnels de santé (CURPS).

Pour la campagne de déclaration des revenus 2022, le service de la déclaration sera ouvert en avril 2023.

Une fois vos revenus déclarés, vous devez recevoir 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'a désormais plus aucune lisibilité sur votre déclaration.

Sites à consulter :

www.cnavpl.fr

www.carpimko.com rubrique Publications

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 220 € pour 2023.

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.

Seul-es les orthophonistes conventionné-es sont concerné-es par la CURPS. Ainsi, les remplaçants (qui exercent sous le régime conventionnel de leur remplacé) ne versent pas de CURPS.

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

La formation continue

Les orthophonistes sont parmi les professionnels de santé qui se forment le plus en formation professionnelle continue. De nombreux organismes dispensent des actions de formation continue sous des modalités diverses : présentiel, classe virtuelle, e-learning.

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 au cabinet.

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

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

Les orthophonistes peuvent également bénéficier de crédit d'impôt formation du chef d'entreprise et du Compte personnel de formation. (CPF).

Quel que soit votre mode d'exercice, il existe une obligation de formation : suivre un programme de formation DPC intégrant deux types de formation (formation cognitive et évaluation des pratiques professionnelles).

Le FIF PL (Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux)

Le **FIF PL** 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 juridiques (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 116 euros en 2024.

Suite au paiement de cette contribution, une attestation (de l'année en cours N) est remise au professionnel. Elle reste valable et utilisable pour justifier de ses droits jusqu'à la réception de la nouvelle attestation, y compris durant l'année N+1.

Pour les orthophonistes récemment installé-es l'accès au budget FIF PL est possible dès l'inscription à l'Urssaf justifiée avec une attestation d'affiliation.

Pour être éligible à une prise en charge par le FIF PL, les formations présentielles ou en e-learning asynchrone 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 accessible sur le catalogue en ligne des formations qui ont été agréées par la commission professionnelle et qui sont renseignées dans le catalogue par les organismes de formation.

Actuellement, la prise en charge est plafonnée à 150 € par jour (dans la limite des frais engagés), limitée à 600 € par an et par professionnel.

Les classes virtuelles sont des formations présentiels (formations synchrones), à la différence des formations continues à distance (e-learning asynchrone).

Les classes virtuelles sont finançables avec le budget de 600 € annuels, dans les mêmes conditions que les formations présentiels.

Les formations e-learning asynchrones peuvent bénéficier d'une prise en charge à hauteur de 75 € par jour de formation, limitée à 300 € par an et par professionnel **inclus dans le budget annuel de 600 €.**



! Attention ! Le budget "e-learning" asynchrone est inclus dans les 600 € annuels et non en supplément.

Fonds à gérer de la profession : Formations "cœur de métier"	Prise en charge au coût réel plafonnée à 150 € par jour, limitée à 600 € par an et par professionnel-le DONT la possibilité de prise en charge plafonnée à 75 € par jour, limitée à 300 € par an et par professionnel-le pour des Formations e-learning asynchrones	
Fonds spécifiques (en supplément des fonds à gérer)	Formation longue durée (100 heures minimum) Prise en charge plafonnée à 70 % du coût réel de la formation, limitée à 2 500 € par professionnel-le et à une prise en charge tous les 3 ans	
	Participation à un jury d'examen ou de validation des acquis de l'expérience Prise en charge plafonnée à 200 € par jour, limitée à 2 jours par an et par professionnel-le	
	Fonds ONIFF-PL et ORRIFF-PL (formations dispensées dans le cadre de dépôt de dossiers collectifs) :	Pour les formations avant la création d'entreprise : aide à l'installation et à la création ou reprise d'entreprise : prise en charge plafonnée à 250 € par jour, limitée à 5 jours par an et par professionnel-le
	Pour les formations après la création d'entreprise : prise en charge plafonnée à 250 € par jour, limitée à 2 jours par an et par professionnel-le	

L'agrément d'une formation par le FIF PL permet la prise en charge de tout ou partie des frais pédagogiques, sur présentation des pièces justificatives, pour les orthophonistes exerçant en libéral et à jour de leur cotisation CFP (Contribution à la Formation Professionnelle), prélevée par l'Urssaf.

Pour bénéficier de cette prise en charge : le dépôt du dossier doit être fait par l'orthophoniste sur la plateforme du FIF PL (site www.fifpl.fr) dans l'espace adhérent **au plus tard 10 jours calendaires après le premier jour de la formation** (code NAF 8690 EO).

En cliquant sur la formation choisie dans le catalogue en ligne, le dossier de demande de prise en charge sera généré et pré rempli. Il est également possible de déposer une demande directement sur le site du FIF PL en se munissant de l'attestation de versement à l'Urssaf (ou attestation d'affiliation pour les professionnel·les nouvellement installés), du RIB, du programme de la formation, du devis ou de la convention de formation et dans un second temps de l'attestation de présence et de règlement.



Ce document est disponible sur le site www.fifpl.fr

ATTESTATION DE PRÉSENCE ET DE RÈGLEMENT
(Document à compléter par l'organisme de formation)

Le bénéficiaire : Prénoms : Nom de famille :
 du l'organisme de formation : (Nom de l'organisme de formation)
 affilié en tant qu'organisme formateur sous le n° : (N° de l'organisme de formation)
 certifié par la présence que le stagiaire : (Nom et prénom du stagiaire)
 a bien effectué à la totalité de la formation initiale : (Oui/Non)
 Date de la formation : de au

Fonds à gérer	Fonds à gérer de la formation au 31/12/2017		Fonds à gérer de la formation au 31/12/2018	
	Nombre de jours entiers	Nombre de demi-jours entiers	Nombre de jours entiers	Nombre de demi-jours entiers
Fonds à gérer de la formation au 31/12/2017	Niveau minimum		Niveau maximum	
	Si formation se déroulant sur 2 années civiles, indiquez indépendamment la durée de la formation en années			
	Année	Mois/Jours	Année	Mois/Jours
Fonds à gérer de la formation au 31/12/2018	Niveau minimum		Niveau maximum	
	Si formation se déroulant sur 2 années civiles, indiquez indépendamment la durée de la formation en années			
	Année	Mois/Jours	Année	Mois/Jours

Je certifie également que le stagiaire a bien réglé la totalité de sa participation à la formation précitée, soit un montant total de € HT et € TTC correspondant uniquement au coût pédagogique de la formation.

Plus les bénéficiaires de ce mode de financement ont pu bénéficier de la formation précitée sur un montant de € HT et € TTC correspondant uniquement au coût pédagogique de la formation.

Fait à : Cachet obligatoire de l'organisme de formation
 le :

Cette attestation de présence est validée par l'organisme de formation de formation et doit être déposée au FIF PL (Fonds Interprofessionnel de Formation Professionnelle Libérale) au plus tard 10 jours calendaires après le premier jour de la formation.

Signature et signature du responsable de l'organisme de formation et de l'organisme de formation au plus tard 10 jours calendaires après le premier jour de la formation.

1011, rue de Valenciennes 59100 Lille Cedex 03 - Tél 01 55 60 50 00 - Fax 01 55 60 50 29
 Agence pour le service client de l'Etat - 17 Place Victor Hugo - 59000 Lille - Tél 01 55 60 50 00

En cas d'annulation de la participation de l'orthophoniste à la formation, de sa part ou de celle de l'organisme de formation, il convient de ne pas oublier de faire les démarches pour annuler la demande auprès du FIF PL afin d'éviter de bloquer les fonds à la fois pour l'orthophoniste à titre personnel et pour la profession.

Un·e orthophoniste ne peut prétendre à une prise en charge financière concomitante de la part de l'ANDPC et du FIF PL. Outre la formation continue, le FIF PL peut financer des formations longues (100 heures minimum), la participation à un jury d'examen ou de VAE (validation des acquis de l'expérience) sur dépôt de dossier individuel.

Contrairement aux formations du budget *Fonds à gérer de la profession*, dites formations "cœur de métier" dont la demande d'agrément est à l'initiative de l'organisme de formation, les demandes relatives à des formations longues (plus de 100 heures) du budget *Fonds spécifiques* sont à l'initiative de l'orthophoniste. La demande se fait sur la plateforme en ligne FIF PL.

L'orthophoniste peut également bénéficier de fonds spécifiques plafonnés à 250 €, limités à 2 jours/an/professionnel pour aborder, par exemple, l'aide à l'installation, la création et la reprise d'entreprise.

Il est ainsi possible de se rapprocher des ORIFF PL (Office Régional d'Information, de Formation et de Formalités des Professions libérales) en région pour connaître leurs programmes.

Le DPC (Développement Professionnel Continu)

Le **DPC** 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 quel que soit leur mode d'exercice.

L'obligation est triennale : sur une période de 3 ans définie par l'ANDPC, chaque orthophoniste devra donc avoir accompli 2 actions de DPC, dans deux des trois domaines suivants :

- formation cognitive,
- évaluation des pratiques professionnelles (EPP),
- gestion des risques (GDR).

À l'heure actuelle des parutions de formations, les orthophonistes ne sont pas concernés par la gestion des risques.

La période triennale actuelle s'étend de 2023 à 2025.

Prise en charge prévue par l'ANDPC

	Présentiel/Classe virtuelle		Non présentiel	
	Frais pédagogique (Part ODPC)	Indemnisation (Part PS)	Frais pédagogique (Part ODPC)	Indemnisation (Part PS)
Formation continue (FC)	38,00 €	57,00 €	19,00 €	28,50 €
Évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	49,40 €	57,00 €	49,40 €	45,60 €
Gestion des risques (GDR)	49,40 €	57,00 €	49,40 €	45,60 €
Programme Intégré (PI) - FC	38,00 €	57,00 €	19,00 €	28,50 €
EPP ou GDR	49,40 €	57,00 €	49,40 €	45,60 €

PS : Professionnel de santé

* ODPC : Organisme de Développement Professionnel Continu

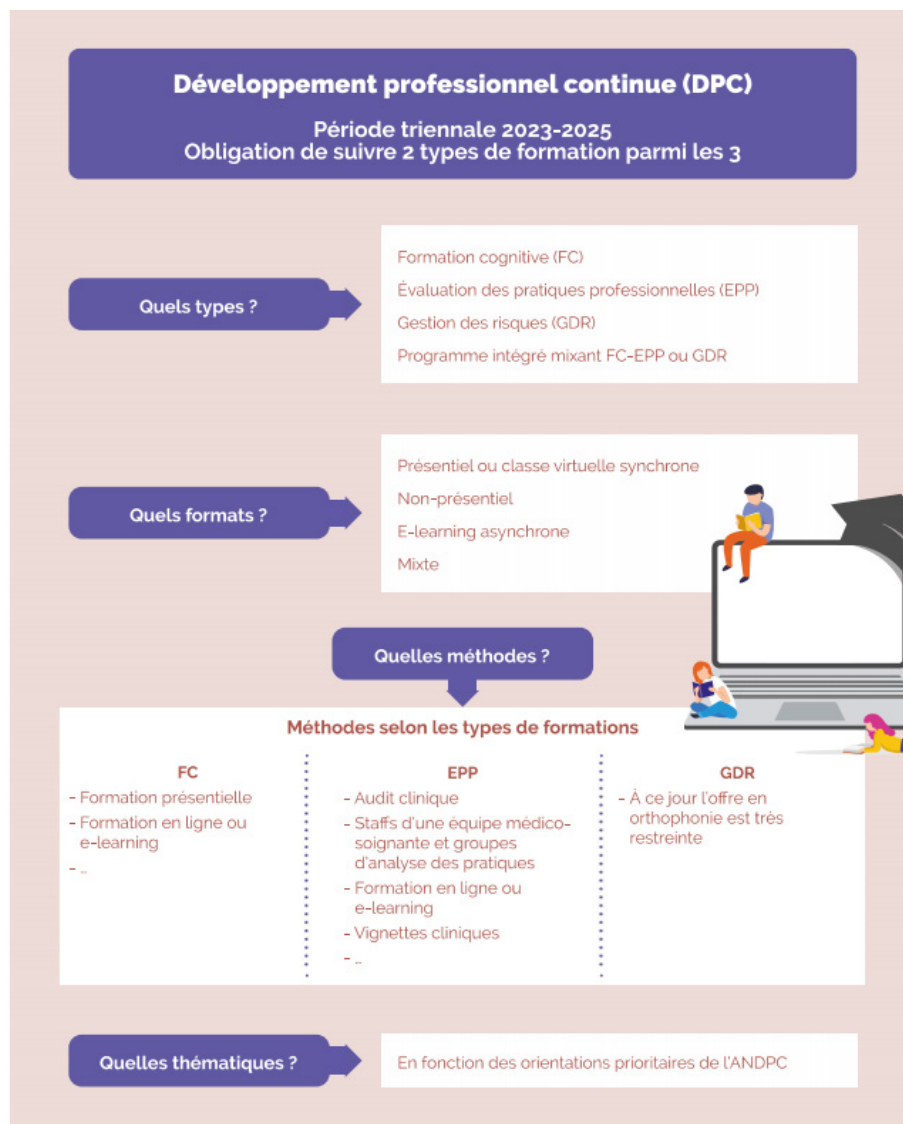
Si l'obligation est triennale, le budget est quant à lui annuel : le professionnel a donc la possibilité d'utiliser l'enveloppe financière indiquée plus haut chaque année.

Par ailleurs, en parallèle d'un financement total ou partiel des frais pédagogiques versés à l'organisme de formation, l'orthophoniste bénéficie également d'une indemnisation du temps passé en formation. Les différents montants sont décrits dans le tableau ci-dessus.

Des plafonds triennaux de prise en charge de formation cognitive ont été fixés à partir de 2023. Ainsi sur les 42 heures financées durant la période 2023-2025 (14 heures par année), jusqu'à 35 heures de budget pourront être utilisées en formation cognitive. Au-delà, les 7 heures restantes seront forcément dédiées à l'EPP ou la gestion des risques. Le professionnel qui le souhaite peut par contre utiliser plus de 7 heures sur son budget pour se former en évaluation des pratiques professionnelles.

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 en libéral 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. Les orthophonistes salariés doivent se rapprocher de leur employeur pour les inscriptions en DPC.



ATTENTION : de nombreux démarchages se font sous couvert de la formation continue.

L'ANDPC ou le CPF, tout comme les autres organismes cités ci-dessus, ne contactent jamais les orthophonistes pour les inciter à s'inscrire ou à valider leur obligation de formation. Par ailleurs, vous ne devez jamais donner vos codes d'accès à votre espace personnel ANDPC.

Il est possible de signaler toute anomalie ou irrégularité concernant une action de DPC à laquelle vous avez participé ou toute anomalie ou irrégularité concernant un organisme de DPC ou une action de DPC à laquelle vous n'avez pas participé (tel qu'un démarchage inapproprié) via le module de signalement <https://signalement.agencedpc.fr/>

Le Compte Personnel de Formation (CPF)

Le Compte Personnel de Formation (CPF), créé dans le cadre de la Loi pour choisir son avenir professionnel, permet d'acquérir des droits à la formation mobilisables tout au long de sa vie professionnelle. Il s'adresse à tous les actifs. Il est géré par la Caisse des Dépôts et consignment.

Pour les salariés (hors agents publics) et les libéraux (à jour de leur cotisation CFP Urssaf), il est alimenté en euros : 500 € par an, dans la limite d'un plafond de 5 000 € (pour une durée de travail supérieure ou égale à la moitié de la durée légale ou conventionnelle du travail sur l'ensemble de l'année).

Pour les agents publics (titulaires et contractuels, à temps plein ou temps partiel), le CPF est alimenté en heures et non en euros : 25 heures par an dans la limite d'un plafond total de 150 heures.

Le CPF permet de financer des formations inscrites au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP), un bilan de compétences, le permis de conduire...

En attente de publication du décret d'application, il est prévu en 2024 la mise en place d'un reste à charge pour le professionnel de l'ordre d'un forfait d'une centaine d'euros. L'entrée en vigueur de la mesure serait prévue le 1^{er} mai 2024 par décret.

Pour ouvrir, consulter son CPF, s'inscrire à une formation et/ou obtenir d'autres informations, il faut consulter le site : <https://www.moncompteformation.gouv.fr/>

FOCUS : le bilan de compétences

L'objectif d'un bilan de compétences est d'analyser les compétences professionnelles et personnelles, de connaître les possibilités d'évolutions professionnelles et de définir un projet professionnel et éventuellement de formation. Il permet d'utiliser ses atouts comme un instrument de négociation pour un emploi, une formation ou une évolution de carrière.

La durée du bilan de compétences varie selon le besoin de la personne. Elle est au maximum de 24 heures. Elle se répartit généralement sur plusieurs semaines.

Le bilan de compétences est finançable en totalité ou partie par le compte personnel de formation (CPF).

Le Crédit d'impôt formation des dirigeants d'entreprise

Les orthophonistes en libéral ont la possibilité de bénéficier pour certaines formations d'un crédit d'impôt à déclarer dans la déclaration 2035 et à reporter dans la déclaration 2042.

Accessible dans le cadre d'un exercice libéral, le crédit d'impôt s'applique à l'ensemble des dépenses de formation d'un dirigeant d'entreprise, ici orthophoniste, qui entrent dans le champ de la formation professionnelle continue. L'orthophoniste peut par exemple en bénéficier en parallèle d'un financement FIF-PL, ou de façon isolée.

Pour cela il faut être soumis à l'impôt sur les sociétés ou l'impôt sur les revenus selon le régime réel normal ou simplifié ou selon le régime de la déclaration contrôlée (BNC). Ce dispositif s'applique également aux entreprises exonérées (ZRR, ZFU...).

Par contre, les entreprises imposées selon le régime des « micro-entreprises » (micro BNC) sont exclues de ce dispositif.

Utilisable jusqu'à 40 heures de formation, ce crédit d'impôt est accessible sur déclaration justifiable par les attestations de présence aux formations.

Pour cela il faut renseigner dans la déclaration 2035, le nombre d'heures de formations suivies.

La règle de calcul est la suivante :

Le nombre d'heures passées en formation (dans la limite de 40 heures) x le taux horaire du Smic (selon le taux en vigueur au 31 décembre de l'année au titre de laquelle le crédit d'impôt est calculé).

Depuis le 1^{er} janvier 2022, ce calcul a été doublé : la nouvelle règle de calcul valable jusqu'au 31 décembre 2024 est la suivante : 40 heures maximum x 11.52 x 2 = 460.8 x 2 = 921,60 € maximum.

Le montant doit également être reporté et renseigné dans votre déclaration personnelle 2042, dans la case 8WD.

Pour plus d'informations : <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/credit-impot-formation-dirigeants-chef-entreprise>

<https://bofip.impots.gouv.fr/bofip/2035-PGP.html/identifiant=BOI-BIC-RICI-10-50-20230208>

L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU)

L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence prévue à l'article D. 6311-19 du code de la santé publique comprend :

- l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1 destinée à l'ensemble des personnels, non professionnels de santé, exerçant au sein d'un établissement de santé, d'une structure médico-sociale ou auprès d'un professionnel de santé dans un cabinet libéral, une maison de santé ou un centre de santé ;
- l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 (AFGSU 2) destinée aux professionnels exerçant une des professions de santé mentionnée dans la quatrième partie du code de la santé publique et aux étudiants préparant l'obtention d'un diplôme en vue de l'exercice de l'une de ces professions de santé ;
- l'attestation de formation spécialisée aux gestes et soins d'urgence en situation sanitaire exceptionnelle destinée aux professionnels de santé et aux personnels ayant vocation à intervenir en cas d'urgences collectives et de situation sanitaire exceptionnelle dans le cadre du dispositif ORSAN.

Ainsi en pratique courante, les orthophonistes sont principalement concernées par l'AFGSU 2. L'AFGSU 2 a pour objet l'acquisition de connaissances permettant l'identification d'une situation

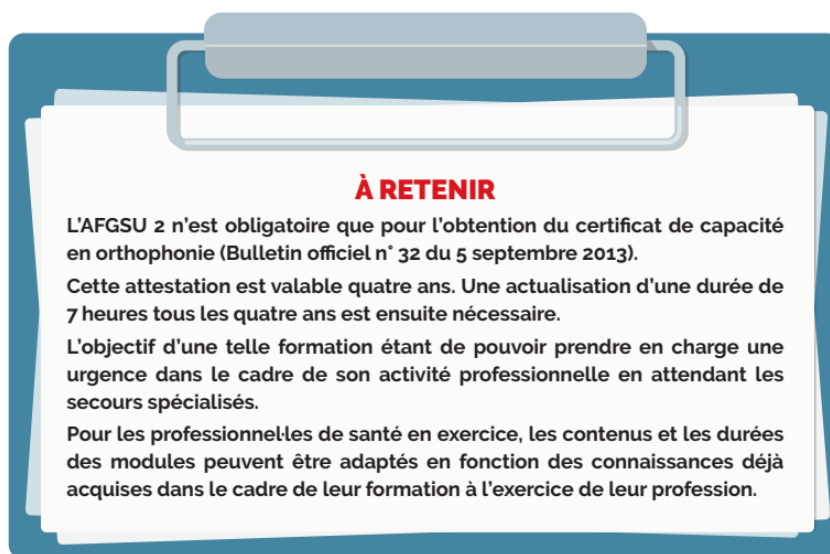
d'urgence à caractère médical et à sa prise en charge seul ou en équipe, dans l'attente de l'arrivée de l'équipe médicale.

La formation est de vingt et une heures, et est réalisée en groupes de dix à douze personnes.

La durée de validité de l'AFGSU 2 est de quatre ans et peut être prolongée pour 4 ans en suivant une formation d'une journée.

Depuis la circulaire DGOS/DGS/RH1/MC n 2010-173 du 27 mai 2010, la détention de l'AFGSU 2 est obligatoire pour l'obtention des diplômes d'État de la quasi-totalité des filières de formation préparant à un diplôme permettant l'exercice d'une profession de santé.

Les professionnels déjà en exercice avant l'application de cette circulaire de 2010 ne sont pas soumis à cette obligation.



Ainsi, bien que cette formation soit particulièrement utile pour les professionnel·les de santé que sont les orthophonistes, elle n'est à ce jour pas obligatoire. L'AFGSU a cependant été intégrée à la maquette du master, appliquée dans les Centres de Formation Universitaire en Orthophonie depuis 2013. Ainsi les orthophonistes ayant obtenu leur certificat de capacité en orthophonie depuis 2013 sont habilités aux gestes et soins d'urgence.

À noter : certaines URPS ou CPTS proposent parfois gratuitement cette formation à leurs membres.

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.

Les missions de l'orthophoniste, la liste des actes, décrites dans le chapitre sur l'exercice conventionné concerne aussi l'exercice salarié. L'orthophoniste exerçant dans un établissement sanitaire ou un établissement médico-social pratique en accès direct et ne dépend donc plus d'une prescription médicale.

Retrouvez [la FAQ sur l'exercice salarié](#)

Structure de travail

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 de la loi (et non d'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. Il n'existe pas de grille salariale spécifique pour les agents contractuels mais la jurisprudence a de nombreuses fois établi qu'elle doit être basée sur celle des titulaires. Il existe un troisième statut qui est celui de « vacataire ». 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 non complet. Le « vacataire » est lui payé à la tâche et est embauché pour effectuer une tâche précise et ponctuelle. Il ne bénéficie pas des avantages sociaux du personnel salarié.

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 »), Nexem (« CCN 66 »), Croix-Rouge, UGE-CAM, 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 une (ou plusieurs) organisations syndicales d'employeurs (FEHAP, Nexem, FHP, etc.).

Le contrat de travail

Formes de contrats et évolutions

Le CDI (contrat à durée indéterminée)

Le CDI 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. Le contrat écrit doit parvenir au salarié dans les deux mois suivant l'embauche mais il n'est pas obligatoire, (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 en 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 date d'engagement,
- 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 (contrat à durée déterminée)

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. Contrairement au CDI, la signature d'un écrit est obligatoire et doit être transmise au salarié dans les deux jours suivants l'embauche. Dans le cas contraire, le salarié voit son contrat requalifié en CDI. Le CDD doit respecter le principe d'égalité de traitement, c'est-à-dire même droits et même rémunération que pour un employé de même qualification en CDI.

Les mentions obligatoires du contrat sont les suivantes :

- motif de recours au CDD,
- date de terme du contrat ou durée minimale si terme imprécis,
- désignation du poste de travail,
- salaire, primes et accessoires de salaire,
- période d'essai éventuelle,
- convention collective applicable et caisse de retraite (et le cas échéant de prévoyance).

Fin de contrat, démission et rupture conventionnelle

Les termes essentiels d'un contrat de travail 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.

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 ;
- bordereau individuel d'accès à la formation (BIAF) sauf s'il a été remis à l'embauche.

Le salarié peut mettre fin à son contrat de travail à durée indéterminée (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 auprès du même employeur 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 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 les Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS).

Le salaire

Le paiement du salaire est effectué une fois par mois 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 salarié. 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 ». Le 1^{er} janvier 2024, le montant du Smic brut horaire est passé à 11,65 euros, soit 1 766,92 euros mensuels pour un temps plein.

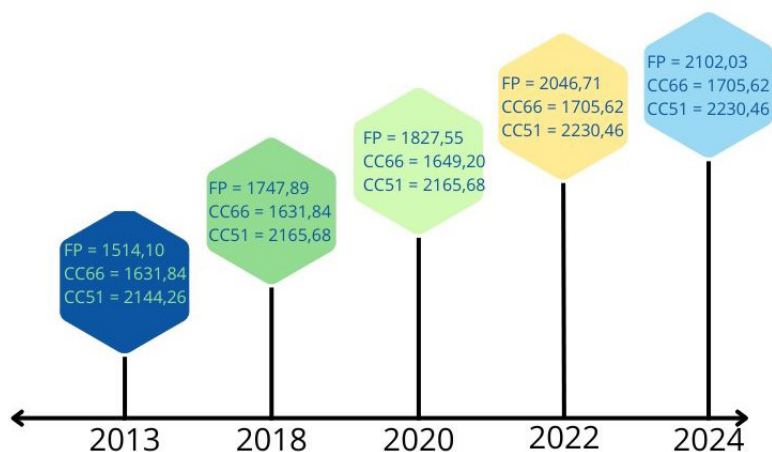
Les salaires des orthophonistes sont calculés dans la très grande majorité des cas par référence à une grille, propre à chaque convention collective. Les grilles sont composées d'un point d'indice (en euros) multiplié par un nombre dépendant de la profession et de l'ancienneté du salarié, ce qui constitue le « traitement de base ».

Le salaire net est en moyenne inférieur de 15 % au salaire brut en fonction publique hospitalière et de 20 à 25 % pour les autres employeurs.

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.

Evolution des salaires de 2013 à 2024

Salaires bruts en début de carrière chez les trois employeurs principaux



La valeur des points d'indice au 1^{er} janvier 2024 sont les suivants :

- FPH : 4,92278
- CCN 51 : 4,58 €
- CCN 66 (Nexem) : 3,93 €
- Croix-Rouge : 4,61 €
- FHP (CCN 2002) : 7,21
- UCANSS (UGECAM) : 7,60939

Fonction Publique Hospitalière

Catégorie A, corps des orthophonistes inclus dans le grade des rééducateurs.

Depuis le 1^{er} octobre 2021, une nouvelle grille, commune avec les kinésithérapeutes, a fait son apparition et a permis, même si cela n'est pas encore idéal, une revalorisation salariale attendue depuis des années.

Nous ne présentons que la « classe normale », car la classe supérieure n'est accessible qu'à un petit pourcentage des seuls orthophonistes titulaires de chaque établissement (et exclut donc les contractuels). Ce taux de promu/promouvable, qui avait été multiplié par deux en 2020, vient de connaître une nouvelle baisse inexplicable et chute à 13 % pour 2023 et 2024.

Ces nouvelles grilles sont intéressantes pour les orthophonistes nouvellement recrutés mais entraînent une nouvelle stagnation d'échelon pour les orthophonistes déjà en place.

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. L'augmentation de salaire est donc moindre tout au long de la 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 pour les psychologues (bac + 5 également).

Si les salaires de la fonction publique hospitalière ont augmenté, il n'y a eu aucun changement ici, les salaires du milieu médico-social ne se sont pas alignés.

CCN 1966 (Nexem)

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-éducatifs, les assistantes sociales, les éducateurs spécialisés, etc., tous à bac + 3. Le coefficient de départ est de 434

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 quasiment le double du salaire de l'orthophoniste !

Idem pour cette grille : aucun changement, aucun alignement sur les grilles de la fonction publique.

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, 13e 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.

À ces primes s'ajoutent maintenant « la prime covid » (ou SEGUR) de 183 euros net, au prorata du temps de travail. Elle est appelée « Complément de traitement indiciaire » dans la fonction publique hospitalière (intervient dans le calcul des retraites) et « prime laforcade » dans le secteur privé.

Temps de travail, congés et absence

Temps de travail

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.

Congés payés

Tous les salariés ont droit à des congés payés (Code du travail, articles L3141) à raison de cinq semaines par an, quel que soit le contrat ou le type d'employeur. Les droits aux congés payés sont acquis au rythme de 2,5 jours ouvrables par mois travaillé, par année complète de travail (définie du 1^{er} juin au 31 mai de l'année suivante, sauf accord collectif différent) chez un même employeur. Un salarié à temps partiel ou non complet a également droit à cinq semaines de congés payés. En Fonction Publique, la référence d'une année complète est du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Tout salarié de plus de 21 ans bénéficie de 2 jours de congé supplémentaires par enfant à charge de moins de 15 ans (ou en situation de handicap). Des congés supplémentaires peuvent être prévus dans une convention collective. On ne peut pas poser des congés de plus de 24 jours ouvrables consécutifs soit 4 semaines (sauf situations particulières).

Les dates de congés sont fixées par accord d'entreprise ou de branche. Vous devez informer votre employeur des dates de congés que vous souhaitez prendre. L'employeur peut refuser vos dates, par contre il ne peut changer celles-ci après acceptation (sauf situation exceptionnelle). Les dates de congés sont communiquées 1 mois avant au moins. C'est l'employeur qui fixe l'ordre des congés entre les salariés. Il doit tenir compte de la situation de famille de chaque employé, de l'ancienneté et de l'exercice éventuel auprès d'un autre employeur. Les salariés mariés ou pacsés ont droit à un congé simultané. Le salarié à temps complet n'a pas le droit de travailler pendant ses congés. Les congés peuvent être fractionnés dans l'année avec l'accord du salarié (sauf pendant la période de fermeture de l'entreprise), mais une des périodes doit être d'au moins 12 jours ouvrables continus compris entre deux jours de repos hebdomadaire. Sauf s'il y a un accord collectif, des jours de congé supplémentaires sont accordés : 2 jours ouvrables supplémentaires si le salarié prend 6 jours minimum de congé en dehors du 1^{er} mai au 31 octobre, 1 jour supplémentaire s'il prend entre 3 et 5 jours en dehors de cette période. Le report de congés acquis mais non pris est possible en cas d'accord entre l'employeur et son salarié, ou accord collectif. Si cette absence de congés est du fait de l'employeur, et qu'il n'y a pas de possibilité de les reporter, le salarié a le droit d'être indemnisé.

Arrêt de travail

Lorsque l'état de santé ne permet pas de travailler, le salarié doit envoyer à son employeur (ainsi qu'à sa sécurité sociale) le certificat d'arrêt de travail établi par un médecin dans les deux jours (ouvrables qui suivent la date de l'arrêt de travail). Durant l'arrêt de travail, le salarié doit se soumettre aux éventuels contrôles médicaux organisés par son employeur et la CPAM, respecter les horaires de sorties autorisées et s'abstenir de toute activité (sauf autorisation médicale).

1. Indemnités journalières (IJ) : conditions de versement Elles sont versées par la CPAM en fonction du salaire, à la condition que le salarié ait travaillé au moins 150 heures salariées au cours des 90 jours précédant l'arrêt (environ 30 % d'un temps plein, et on cumule les temps salariés s'il y a plusieurs temps partiels salariés, le temps de travail en libéral n'est pas compris), ou avoir cotisé au cours des 6 mois précédents sur la base d'une rémunération au moins égale à 1015 fois le SMIC

horaire (soit 10028, 20 € en 2018, donc en moyenne 1 671 €/mois). Ainsi, par exemple, un salarié qui exercerait à la fois en libéral et en salariat pour 20 % (soit 7 heures par semaine, donc 84 heures en 90 jours) n'a pas le droit de percevoir d'IJ concernant son exercice salarié s'il est en arrêt pour maladie ou maternité. Pour avoir le droit d'être indemnisé au-delà de 6 mois d'arrêt continu, d'autres conditions minimales de temps de travail ou de montant de salaire sont requises.

2. Le montant des IJ II correspond à 50 % du salaire journalier de base (calculé en divisant par 91,25 le total des 3 derniers salaires mensuels bruts). Si le salarié a au moins 3 enfants à charge, la sécurité sociale indemnise les 2/3 du salaire journalier à partir du 31^e jour d'arrêt. L'employeur doit compléter ces IJ de la sécurité sociale (« indemnités complémentaires ») à hauteur de 90 % du salaire (puis des 2/3 à partir du 31^e jour d'arrêt) à partir de 48 heures d'arrêt selon les dispositions légales (Code du travail : articles D1226-1 et suivants), ou davantage selon l'accord conventionnel.

3. Arrêt prolongé. Tout arrêt de travail de 30 jours ou plus doit être suivi d'une visite médicale de reprise du travail, à l'initiative de l'employeur, au plus tard dans les 8 jours qui suivent la reprise du travail. Le temps de cette visite est rémunéré (la plupart du temps elle a donc lieu pendant les heures de travail). Une reprise à temps partiel pour raison thérapeutique est possible selon prescription de votre médecin et avis favorable du médecin du travail, ou en cas de rééducation fonctionnelle. Si vous êtes victime d'un accident du travail, vous devez en informer (ou faire informer) votre employeur et faire constater les blessures par un médecin, au plus tard dans les 24h qui suivent l'accident, sauf cas de force majeure. Vous devez également en informer la CPAM (dans les 48h). L'assurance maladie devra reconnaître le caractère professionnel de cet accident, avec examen ou enquête complémentaire si nécessaire. Si votre médecin constate une altération de votre état de santé qu'il estime lié à votre travail, il peut vous reconnaître en état de maladie professionnelle. Une demande de reconnaissance doit alors être faite à votre assurance maladie dans les 15 jours suivant l'arrêt avec un formulaire spécifique incluant le certificat de votre médecin. En cas d'accord de l'assurance maladie, les frais médicaux sont pris en charge à 100 % et les IJ sont plus favorables.

Congé maternité et paternité

1. Congé maternité

Autres absences du lieu de travail

Des absences durant le temps de travail en dehors des cas de maladie, accident ou maternité sont possibles.

1. Les jours fériés

Parmi les jours fériés (différents en Alsace-Moselle et outre-mer), seul le 1^{er} mai est obligatoirement chômé, les autres jours fériés ne sont pas travaillés si cela est prévu par accord collectif, ou par l'employeur en cas d'accord collectif. Dans les hôpitaux, le 1^{er} mai n'est pas obligatoirement chômé. Le salarié n'est pas tenu de récupérer les heures non travaillées pendant les jours fériés, et son salaire est maintenu (à partir de 3 mois d'ancienneté, y compris pour les salariés à temps partiel). Si un jour férié tombe un jour habituellement non travaillé, il n'y a pas de compensation prévue, sauf dispositions conventionnelles. L'employeur est libre (sauf accord collectif) de choisir de décompter les congés en jours ouvrés (jours fériés inclus dans les jours de congé) ou jours ouvrables (jours fériés décomptés des jours de congé). Les « ponts » ne sont accordés que par dispositions conventionnelles, accord collectif ou décision de l'employeur. La journée de solidarité est une journée de travail supplémentaire par an non rémunérée, soit exercée par un jour férié (ou de RTT) qui devient travaillé, soit par le cumul de 7 heures de travail non rémunérées dans l'année.

Congés spécifiques dans le secteur privé

1. Récupération du Temps de Travail (RTT)

Des journées ou des demi-journées de repos peuvent compenser les heures travaillées au-delà de 35h par semaine et jusqu'à 39h, appelées RTT et rémunérées. Le bénéfice de ces jours de RTT est réglé par convention ou accord collectif. Au-delà de 39h, les demi-journées sont alors considérées comme des heures supplémentaires.

2. Le congé pour enfant malade

Il permet de bénéficier de jours de congé pour s'occuper d'un mineur malade ou accidenté. Ce congé n'est pas rémunéré, sauf si un accord collectif le prévoit. Chaque salarié chargé d'un enfant de moins de 16 ans a droit (sauf accord collectif plus avantageux) : 5 jours par an pour un enfant de moins d'1 an, 3 jours par an au-delà d'1 an, 5 jours par an si le salarié a au moins trois enfants à charge de moins de 16 ans.

3. Le congé de présence parentale

Il permet au salarié de s'occuper d'un enfant à charge (de moins de 20 ans) dont l'état de santé nécessite une présence soutenue et des soins contraignants. Le salarié bénéficie d'une réserve de jours de congé, qu'il utilise en fonction de ses besoins. Le congé est attribué pour une période maximale de 310 jours ouvrés par enfant et par maladie, accident ou handicap, pendant 3 ans maximum. D'autres conditions sont nécessaires pour l'obtention de ce congé. Le contrat de travail est suspendu. Le salarié ne perçoit pas de rémunération, mais il peut bénéficier de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP).

4. Le congé de proche aidant

Il permet à toute personne de cesser son activité professionnelle afin de s'occuper d'une personne handicapée ou faisant l'objet d'une perte d'autonomie d'une particulière gravité. Ce congé est accessible sous plusieurs conditions (ancienneté, lien avec la personne aidée, etc.) et pour une durée limitée. L'employeur ne peut pas refuser le congé, sauf si le salarié ne remplit pas les conditions légales. Ce congé n'est pas rémunéré par l'employeur (sauf dispositions conventionnelles ou collectives le prévoyant).

5. Le congé de solidarité familiale

Il permet d'assister un proche dont la maladie met en jeu le pronostic vital ou qui se trouve en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable (quelle qu'en soit la cause). Le congé est indemnisé, et peut être pris de manière continue ou fractionnée. Il peut aussi être transformé en période d'activité à temps partiel. Il y a plusieurs conditions à remplir (lien avec la personne assistée, procédure). Le bénéficiaire du congé de solidarité familiale peut percevoir une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie (55,93 € par jour en 2018), dans la limite maximale de 21 jours par personne assistée. Durant toute la durée du congé, le salarié conserve ses droits à remboursement des soins et IJ versées par sa caisse de sécurité sociale (maladie, maternité, invalidité, décès).

6. Congé pour l'annonce d'une pathologie ou du handicap d'un enfant

Tout salarié du secteur privé a le droit de prendre un congé spécifique en cas d'annonce de la survenue d'un handicap chez un enfant, d'une durée de deux jours ouvrables. Aucune condition d'ancienneté n'est exigée pour avoir droit à ce congé. Le salarié doit prendre son congé dans la période où l'événement se produit, mais pas nécessairement le jour même. Il doit remettre un justificatif à son employeur. Les jours de congé sont payés normalement, comme s'ils avaient été travaillés (si le salarié est en congés lors de l'annonce, il ne peut pas bénéficier du congé spécifique).

Lien vers la liste des pathologies donnant droit à ce congé : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047358681>

Pour les fonctionnaires, c'est une Autorisation Spéciale d'Absence (ASA).

7. Don de jours de repos à un collègue parent d'enfant (de moins de 20 ans) gravement malade ou proche aidant.

Un salarié peut renoncer à tout ou partie de ses jours de repos non pris au profit d'un autre salarié dont un enfant est gravement malade ou proche aidant. Ce don de jours de repos permet au salarié qui en bénéficie, d'être rémunéré pendant son absence. Le don peut porter sur tous les jours de repos non pris, à l'exception des quatre premières semaines de congés payés.

8. Congé pour mariage ou Pacs

Tout salarié bénéficie d'un congé rémunéré lorsqu'il se marie, qu'il conclut un Pacte civil de solidarité (Pacs) ou lorsque son enfant se marie. Aucune condition d'ancienneté n'est exigée pour avoir droit au congé. La durée de ce congé, de 4 jours, ne peut pas être déduite du nombre de jours de congés payés annuels du salarié (mais si le salarié est déjà en congés lors du mariage ou du Pacs, il ne peut pas bénéficier de ce congé spécifique). Le salarié doit prendre son congé dans la période où l'événement se produit, mais pas nécessairement le jour même. Lors de son retour dans l'entreprise, il remet à son employeur une copie de l'acte de mariage ou de la convention de Pacs. Ces jours de congé sont payés normalement, comme s'ils avaient été travaillés.

9. Congé spécifique en cas de décès

Tout salarié a le droit de prendre un congé spécifique en cas de décès d'un membre de sa famille. Aucune condition d'ancienneté n'est exigée pour avoir droit au congé. La durée du congé varie en fonction du statut de la personne décédée par rapport au salarié : 5 jours ouvrables pour un enfant, 3 jours pour un parent au premier degré, certains accords collectifs accordent 1 jour pour un grand-parent, beau-frère ou belle-sœur. La durée de ce congé spécifique ne peut pas être déduite du nombre de jours de congés payés annuels du salarié. Les jours sont payés normalement, comme s'ils avaient été travaillés. Le salarié doit prendre son congé dans la période où l'événement se produit, mais pas nécessairement le jour même. Lors de son retour dans l'entreprise, il remet à son employeur une copie de l'acte de décès ou autre justificatif.

10. Le congé sabbatique

C'est un congé pour convenance personnelle qui suspend le contrat de travail du salarié. La durée du congé varie de 6 mois minimum à 11 mois maximum. Le salarié doit justifier d'une ancienneté d'au moins 36 mois dans l'entreprise, consécutifs ou non, à la date de départ en congé (sauf dispositions différentes dans un accord collectif), justifier également de 6 années d'activité professionnelle dans le secteur privé. Le salarié ne doit pas avoir bénéficié dans l'entreprise, depuis 6 ans :

- ni d'un congé individuel de formation (Cif) d'une durée au moins égale à 6 mois, ni d'un congé de création d'entreprise,
- ni d'un précédent congé sabbatique.

La demande doit être adressée à l'employeur au moins 3 mois avant la date de départ en congé envisagée. Après réception de la demande, l'employeur informe le salarié : soit de son accord sur la date de départ choisie par le salarié, soit du report de cette date (soumis à conditions), soit du refus de lui accorder le congé. À défaut de réponse de l'employeur dans un délai de 30 jours à compter de la présentation de la demande, le congé sabbatique est accordé. Pendant la durée du congé sabbatique, le contrat de travail est suspendu, et le salarié n'est pas rémunéré. Pendant le congé sabbatique, le salarié peut exercer une autre activité professionnelle, salariée ou non. Cependant, il doit respecter les obligations de loyauté et de non-concurrence vis-à-vis de son employeur. Le salarié ne peut invoquer aucun droit à être réemployé avant l'expiration du congé (sauf accord avec l'employeur). À son retour, le salarié retrouve son emploi précédent ou un emploi similaire dans l'entreprise, assorti d'une rémunération au moins équivalente à celle qu'il percevait au moment du départ en congé.

La Mise en disponibilité dans la Fonction publique

Cette disponibilité vous permet de cesser temporairement de travailler.

Si vous êtes titulaire de la fonction publique, vous pouvez demander une mise en disponibilité pour :

1. Élever un enfant de moins de 12 ans, par période de 3 ans. Vous ne percevez plus de rémunération, mais vous pouvez demander la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE). Vous gardez vos droits d'avancement de carrière pendant 5 ans.

2. Donner des soins à votre enfant, votre conjoint ou un ascendant. Vous n'êtes plus rémunéré. Vous pouvez exercer une autre activité professionnelle et vous gardez vos droits d'avancement (durant 5 ans) seulement si vous exercez une activité salariée ou indépendante durant cette période. À la fin de votre disponibilité, vous serez réintégré sur le premier poste vacant dans votre grade.

3. Suivre votre conjoint. La disponibilité est accordée pour 3 ans renouvelable. Vous n'êtes plus rémunéré, mais vous pouvez travailler que ce soit dans le public (en tant que contractuel) ou dans le privé. Mêmes conditions qu'au paragraphe précédent.

4. Adopter un enfant. Vous pouvez obtenir une disponibilité de 6 semaines. Vous n'êtes plus rémunéré et vous ne bénéficiez plus de vos droits à avancement d'échelon le temps de votre disponibilité.

5. Convenance personnelle. Seulement après une durée minimale de service de 4 ans. Elle est accordée pour 5 ans maximum. Vous n'avez plus de rémunération. Vous gardez vos droits d'avancement pendant 5 ans.

6. Créer ou reprendre une entreprise. Vous conservez vos droits à avancement d'échelon sur présentation du justificatif d'immatriculation de l'entreprise.

Remarque : vous pouvez être licencié si vous refusez trois postes consécutifs au moment de votre souhait de réintégration.

Cumul d'emplois privés

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

En principe, un agent du secteur public (titulaire, stagiaire ou contractuel) ne doit pas avoir d'autre activité professionnelle. Cependant, le cumul de son emploi avec une ou plusieurs autres activités précisées par la loi est possible sur déclaration, autorisation ou librement (selon l'activité concernée). Un agent titulaire peut également être autorisé à créer ou reprendre une entreprise s'il travaille à temps partiel après avis de la commission de déontologie de la fonction publique.

Un agent du secteur public à temps non complet (qu'il soit fonctionnaire ou contractuel) dont la durée de travail est inférieure ou égale à 70 % de la durée légale, peut exercer une activité privée lucrative (salariée ou indépendante) à condition d'en faire la déclaration écrite à son administration (Décret n°2017-105 du 27 janvier 2017).

L'exercice de cette activité doit être compatible avec ses obligations de service dans la fonction publique et sans incidence sur le fonctionnement du service, ce qui ne pose a priori pas de problème pour un autre contrat en tant qu'orthophoniste. La déclaration doit être transmise lors de la nomination ou de la signature du contrat (pour un agent contractuel), ou avant le début de l'activité exercée dans le privé si l'agent exerce déjà dans le secteur public.

Cette déclaration doit mentionner la forme et l'objet social de l'employeur (ou du cabinet pour un exercice libéral), ainsi que le secteur et la branche d'activité s'il ne s'agit pas d'un emploi d'orthophoniste

La fiche de poste

La fiche de poste n'est pas obligatoire mais elle est fortement recommandée. 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 hiérarchique.

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.

Évaluation du salarié

Cette évaluation a lieu tous les ans dans la fonction publique et tous les 2 ans dans le secteur privé. C'est un entretien professionnel 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 à 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.

Dans le secteur privé, la loi n'impose pas à l'employeur d'entretien annuel, mais il est tout à fait en droit de le faire, pour faire 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).

Dans la fonction publique, l'entretien annuel est devenu obligatoire, aussi bien pour les agents titulaires que pour les agents contractuels. Un compte rendu est fait en deux exemplaires et signés par le directeur et le salarié : un exemplaire est remis au salarié. Il est l'occasion, pour l'agent contractuel, de renégocier son salaire (possible tous les 3 ans).

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](#)

La couverture sociale

Salarié du secteur privé et contractuel 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.

Le salarié peut faire une demande de dispense d'adhésion si :

- il est déjà couvert au titre d'ayant droit,
- il a déjà une mutuelle (la dispense joue uniquement jusqu'à l'échéance du contrat individuel,
- il bénéficie de la C2S,
- il 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 chargée des prestations de 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.

La formation professionnelle en salariat

Tous les salariés ont droit à la formation professionnelle continue. La formation a pour objet de favoriser l'insertion 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 développement des compétences

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 développement des compétences 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.

Pour plus d'informations : [Plan de développement des compétences \(ex-plan de formation\) pour un salarié](#)

Compte Personnel de Formation (CPF)

Le Compte Personnel de Formation (CPF), est utilisable par tout citoyen en activité (salarié, indépendant¹, 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 n'ont pas perdu les heures acquises au titre du DIF. Le CPF fait partie du compte personnel d'activité (CPA)².

¹ Le 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.

² Le 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.

Pour les fonctionnaires, le CPF est alimenté en heures selon le temps de travail (25h pour un temps complet, 19h pour un temps partiel de 28h...).

Pour les salariés hors fonction publique, le CPF est alimenté en euros (comme pour les professions libérales) selon le temps de travail (500 € pour un mi-temps ou plus, 150 € pour un temps partiel de 30 %...).

En attente de publication du décret d'application, il est prévu en 2024 la mise en place d'un reste à charge pour le professionnel de l'ordre d'un forfait de quelques dizaines d'euros.

À noter, les fonctionnaires, contrairement aux autres professionnels, n'ont pas la possibilité d'acheter directement les formations sur le site CPF : ils doivent contacter leur employeur ou leur service de ressources humaines pour se former.

Projet de transition professionnelle (PTP)

Le projet de transition professionnelle (PTP) remplace le congé individuel de formation (CIF).

Il permet au salarié de s'absenter de son poste afin de suivre une formation pour se reconverter. Le PTP 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 consécutifs ou non, dont 1 an dans la même entreprise (pour les CDD : au moins 2 ans consécutifs ou non, quelle que soit la nature des contrats successifs, au cours des 5 dernières années dont 4 mois en CDD au cours des 12 derniers mois.).

La durée de l'action suivie par le bénéficiaire est variable, en fonction de la formation concernée.

Durant le PTP, le salarié est rémunéré à hauteur d'un pourcentage de son salaire moyen de référence. Il est calculé sur la base des salaires perçus au cours des 12 mois précédant la formation.

Lorsque le salaire moyen de référence du salarié est inférieur ou égal à 3 533,84 € (inférieur ou égal à 2 smic), la rémunération perçue au titre du PTP est égale à 100 % du salaire moyen de référence.

Lorsque le salaire moyen de référence (SR) du salarié est supérieur à 3 533,84 € (inférieur ou égal à 2 smic), la rémunération dépend de la durée du PTP :

- lorsque la durée du congé de transition professionnelle n'excède pas 1 an ou 1 200 heures : 90 % du SR
- lorsque la durée du congé de transition professionnelle est supérieure à 1 an :
 - 90 % du SR pour la 1^{re} année de formation ou pour les premières 1 200 heures de formation,
 - 60 % du SR pour les années suivantes ou à partir de la 1201^e heure

Le temps passé en CIF est assimilé à du temps de travail, les congés payés et les primes sont dus en totalité.

Pour plus d'informations : [Projet de transition professionnelle \(PTP\)](#)

Conseil et évolution professionnelle

Le Conseil en Évolution Professionnelle (CEP) est un service public gratuit, accessible aux salariés et indépendants durant toute leur vie professionnelle.

Il accompagne 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.

L'accompagnement de la personne dans le cadre du CEP est réalisé sur le temps libre, et elle est gratuite (entretien, conseil et accompagnement).

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32457>

Bilan de compétence

L'objectif d'un bilan de compétences est d'analyser les compétences professionnelles et personnelles et de définir un projet professionnel et éventuellement de formation.

Le financement du bilan de compétences passe notamment par le compte personnel de formation (CPF) ou est à la charge de l'employeur dans le cadre d'un plan de développement ou d'un congé de reclassement.

Les conditions d'accès au bilan de compétences varient selon les salariés.

Pour plus d'informations :

[Bilan de compétences d'un salarié du secteur privé](#)

[Bilan de compétences dans la fonction publique territoriale \(FPT\)](#)

[Bilan de compétences dans la fonction publique d'État \(FPE\)](#)

[Bilan de compétences dans la fonction publique hospitalière \(FPH\)](#)

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 <https://www.agencedpc.fr/professionnel/>

Renseignez-vous sur votre organisme de formation agréé DPC et votre programme depuis le moteur de recherche du site <https://www.agencedpc.fr> (ou directement auprès d'un organisme de formation), puis contactez votre employeur (service de formation) ou votre organisme de formation propre à la branche professionnelle : OPCO santé ou OPCA FORMAHP pour les orthophonistes salariés du privé, ANFH (OPCA de la fonction publique hospitalière) pour le secteur public.

<http://www.anfh.fr/>

<https://www.opco-sante.fr/accueil>

<https://www.formaphp.fr>

DPC et exercice salarié : le saviez-vous ?

- DPC signifie Développement Professionnel Continu.
- C'est une obligation individuelle et triennale que ce soit pour l'orthophoniste exerçant en libéral ou en salariat. En cas d'exercice mixte, l'obligation ne doit être validée qu'une seule fois (soit en libéral soit en salariat)
- Toutes et tous les orthophonistes sont donc concerné-es dans TOUS les établissements.
- Il existe des sanctions en cas de non-respect de cette obligation pour les orthophonistes exerçant en libéral comme en salariat (la responsabilité du ou de la salarié-e est engagée pour « insuffisance professionnelle »)
- Pour les orthophonistes exerçant en salariat, l'employeur est chargé de contrôler la réalisation de cette obligation DPC.
- La prise en charge financière de la formation et des frais annexes (logement, repas, transport) est assurée par les établissements (et non par l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu comme c'est le cas pour les orthophonistes en libéral).
- En tant que salarié-e, vous ne disposez pas de compte DPC, c'est l'employeur qui se charge de l'enregistrement des demandes de formation.
- Vous ne pouvez pas vous inscrire directement à une action DPC.
- Mais Certains organismes de formation acceptent que le ou la salarié.e "réserve" une place le temps que les démarches soient faites auprès de l'employeur, donc n'hésitez pas à contacter les organismes de formation.

- Voici la procédure pour vous inscrire à une action DPC :

1. Transmettre la demande à l'établissement
 2. L'établissement examine la demande selon son plan de formation
 3. L'établissement, après validation, procède à l'inscription et au paiement
 4. Le ou la salarié-e donne les justificatifs à l'établissement : attestation de présence, factures...
- Même si c'est obligatoire, il est souvent difficile de se voir valider les formations demandées.
 - Les établissements peuvent respecter l'obligation triennale en vous inscrivant à une formation non spécifique à l'orthophonie.
 - Un établissement de santé peut devenir « organisme de DPC »
 - Les formations que vous réalisez en interne vous ont peut-être permis de valider votre obligation DPC sans que vous en soyez informé.e.

La FNO souhaite que :

- chaque orthophoniste puisse valider une formation DPC,
- les orthophonistes salarié-es participent au choix de leur formation DPC,
- et soient donc non seulement informé-es mais engagé-es dans cette démarche.

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.). Il peut se dérouler en même temps que l'entretien annuel d'évaluation, et doit donner lieu à un compte rendu communiqué à l'orthophoniste.

Tout agent hospitalier, fonctionnaire ou contractuel, dispose d'un passeport 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](#)

Les règles d'accès à la formation peuvent différer selon le rattachement à la fonction publique hospitalière, à la fonction publique d'État ou la fonction publique territoriale et selon le type de contrat (titulaire ou contractuel).

Pour plus de précisions : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N186>

L'éthique et la déontologie

Différence entre loi / déontologie / éthique

La loi

Les lois concernent tous les citoyens, nul n'est censé les ignorer. Leur but est principalement la protection des usagers. En cas de non-respect de la loi, il est possible de saisir la justice, dans ce cas les risques vont de la sanction financière (amende, dommages et intérêts) à la peine d'emprisonnement, selon la gravité des faits.

Principales lois en orthophonie

- Code de la santé publique, notamment pour la définition de l'orthophonie, les lois sur le secret professionnel et les échanges d'information, l'exercice illégal de la profession, le refus de soins...
- Le code pénal pour les peines encourues en cas d'infraction grave (non-respect du secret professionnel, discrimination, exercice illégal...)
- 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..)
- Les lois santé

Déontologie

La déontologie est l'ensemble des règles qui régissent une profession. Elles ont pour but de protéger les usagers en leur permettant une égalité d'accès aux soins, mais aussi de maintenir les rapports de confraternité, ainsi qu'une bonne gestion de la caisse d'assurance maladie. En cas de non-respect de ces règles, les sanctions peuvent aller du simple rappel à l'ordre aux sanctions financières (demandes d'indus), et jusqu'au déconventionnement ou à l'interdiction d'exercice, temporaires ou définitifs.

Pour l'orthophonie, ces règles se retrouvent dans différents documents, certains concernant uniquement les libéraux conventionnés, d'autres tous les orthophonistes :

- la convention nationale des orthophonistes (dont avenant 20 paru en 2023) ;
- la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ;
- les règles professionnelles des orthophonistes sont toujours en attente de la signature du ministère de la santé.

Pour exemple comparatif, il existe un code de déontologie des médecins (1947, révisé en 1995) différent du serment d'Hippocrate à valeur de charte médicale éthique.

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 ? ». En cas de non-respect des valeurs et principes éthiques, le risque est purement moral.

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 ? Comment concilier le droit du patient au respect de sa vie privée et la qualité de la prise en charge coordonnée par un juste niveau d'information de tous les acteurs ?
- 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.

La Charte Éthique

À la demande du Conseil d'Administration Fédéral (CAF) de la FNO, la commission éthique de la FNO a élaboré 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. Le projet était 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 ?

Les lois et les règles déontologiques sont nécessaires mais insuffisantes, car elles se positionnent uniquement sous l'angle des obligations et des interdictions, et ne peuvent donc apporter une réponse à tous les choix que doivent faire les soignants. Pour les questions où il n'y a pas de réponse unique, la réflexion éthique autour des principes et des valeurs est un guide précieux.

Une charte éthique a ainsi pleinement sa place dans le champ du soin.

Une réflexion de la commission éthique sur les valeurs partagées et sur le sens de l'éthique en orthophonie a été nécessaire à sa construction.

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 bien souvent présente 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). La décision partagée, la décision libre et éclairée, donc une information claire et respectueuse, la non-discrimination, le respect et la dignité, c'est-à-dire la confidentialité sont des principes fondamentaux.

Malgré les connaissances, les lois, les normes de santé, scientifiques et 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 : reconnaître l'autonomie du patient, c'est reconnaître sa capacité à prendre ses propres décisions sur ce qui le concerne, en particulier sa santé. Pour cela, il est nécessaire de mettre la personne en situation de pouvoir faire des choix autonomes, en particulier de lui dire la vérité, de lui donner toutes les informations, de recueillir son consentement, de vérifier qu'elle est libre et n'est pas sous influence et d'évaluer sa capacité à comprendre les informations, à apprécier la situation, ses capacités de raisonnement et ses capacités à exprimer et maintenir ces choix ;
- non-malfaisance : le soignant doit en premier lieu chercher à ne pas nuire au patient, c'est-à-dire éviter les actions (ou non-actions) pouvant causer un tort ou un préjudice. Il s'agit d'essayer au maximum d'éviter un mal (physique ou psychologique), de ne pas exposer aux risques d'un mal, de ne pas causer de souffrance ou de douleur et bien évidemment de ne pas tuer.
- bienfaisance : il ne suffit pas de "ne pas faire de mal", il faut également que l'action du soignant apporte un bénéfice au patient, soit en facilitant ou faisant le bien, soit en prévenant ou enlevant le mal. Nous devons nous efforcer de faire au mieux pour le patient et le respecter, en cherchant à utiliser les moyens et les techniques les plus appropriés ou les plus performants ;
- justice : les cas comparables doivent être traités de la même façon. 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 principes de bioéthique on peut ajouter d'autres approches éthiques concernant le soin : l'éthique clinique. Elle s'est construite à partir 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. La charte éthique est téléchargeable [ici](#)

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

Secret professionnel et secret partagé

Soumis-e au secret professionnel tel que défini par l'article L.1110-4I du code de la Santé Publique, l'orthophoniste doit respecter un certain nombre de règles pour échanger des informations concernant ses patients avec d'autres personnes. Les principes essentiels sont :

- des professionnels de santé peuvent échanger des informations uniquement dans le cas où ils participent à la prise en charge d'une même personne ;
- les informations échangées doivent être nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

L'article R. 1110-1 du code de la santé publique reprend ces obligations et les complète en ajoutant que les informations transmises doivent entrer dans le périmètre des missions des professionnels de santé ou du secteur médico-social ou social. Ces critères encadrent ainsi cette ouverture du secret médical partagé et soulèvent la nécessité que les professionnels maîtrisent les domaines de chacun afin d'éviter une transmission inappropriée d'informations.

La loi qui encadre ce secret partagé (L.1110-4II) a évolué au fil du temps. Ainsi, il n'est plus seulement réservé aux professionnels de santé comme le précise la loi de modernisation du système de santé du 27 janvier 2016. Différents décrets encadrent ces échanges :

- décret 2016-994 : les professionnels des champs social et médico-social sont désormais inclus ;
- décret 2016-996 : il définit les échanges dans le cadre spécifique des équipes de soins ;
- décret 2016-1349 : il définit les échanges entre professionnels de santé n'appartenant pas à la même équipe de soins et la notion de consentement du patient.

Quels sont les professionnels concernés par le secret partagé ? Deux catégories de professionnels se distinguent :

Catégorie 1 : Les professionnels de santé

- Médecin
- Chirurgien-dentiste
- Sage-femme
- Pharmacien
- Préparateur en pharmacie
- Infirmier
- Masseur-kinésithérapeute
- Pédicure podologue
- Ergothérapeute
- Psychomotricien
- Orthophoniste
- Orthoptiste
- Manipulateur d'électroradiologie médicale

- ◆ Audioprothésiste
- ◆ Opticien-lunetier
- ◆ Prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées
- ◆ Diététicien

Catégorie 2 : Les autres professionnels

- ◆ Assistant de service social.
- ◆ Ostéopathe, chiropracteur, psychologue et psychothérapeute non professionnel de santé par ailleurs, aide médico-psychologique et accompagnant éducatif et social.
- ◆ Assistant maternel et assistant familial.
- ◆ Éducateur et aide familiale, personnel pédagogique occasionnel des accueils collectifs des mineurs.
- ◆ Particulier accueillant des personnes âgées ou handicapées.
- ◆ Mandataire judiciaire à la protection des majeurs et délégué aux prestations familiales mentionnés au titre VII du livre IV du même code.
- ◆ Non-professionnel de santé salarié des établissements et services et lieux de vie et d'accueil.
- ◆ Non-professionnel 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.
- ◆ Non-professionnel de santé membre d'une équipe médico-sociale compétente pour l'instruction des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie.

Cela implique que le partage d'informations entre un professionnel de santé et un professionnel qui ne figure pas sur cette dernière liste n'est pas permis et que, s'il devait avoir lieu, serait considéré comme une violation du secret médical.

L'article R. 1110-3 du code de la santé publique est venu opérer une distinction selon que le professionnel de santé est membre ou non d'une équipe de soins.

Définition de la notion d'équipe de soins (article L. 1110-12 du Code la santé publique)

C'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 et qui :

- ◆ soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;
- ◆ soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;

- soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.

L'article D. 1110-3-4 du même code vient préciser quelles sont les structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale concernées (groupement hospitalier de territoire...)

Le professionnel n'est pas membre d'une équipe de soins :

S'il souhaite échanger des informations dans le cadre du suivi d'un même patient avec un professionnel, le patient ou son représentant légal doit en être informé au préalable.

L'information préalable doit être attestée par la remise d'un support écrit au patient par la personne qui a recueilli le consentement.

Il peut être sous forme électronique et doit indiquer les modalités effectives d'exercice de ses droits par la personne ainsi que de ceux qui s'attachent aux traitements opérés sur l'information recueillie.

Le patient doit avoir connaissance :

- de la nature et de la catégorie des informations devant faire l'objet de l'échange,
- soit de l'identité du destinataire et de la catégorie dont il relève, soit de sa qualité au sein d'une structure précisément définie.

Il devra également lui être précisé la nature des supports utilisés pour ce partage d'informations ainsi que les mesures prises pour préserver leur sécurité, notamment les restrictions d'accès.

Le consentement du patient ou de son représentant légal est alors recueilli par tout moyen y compris par forme dématérialisée sauf en cas d'impossibilité ou d'urgence. Il est prévu que le consentement du patient soit recueilli lorsque la personne est de nouveau en capacité ou en situation de consentir au partage d'informations la concernant.

L'obtention du consentement du patient figurera dans son dossier médical. Le consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Il a une durée limitée à la prise en charge du patient.

Le professionnel de santé est membre d'une équipe de soin

Échange d'informations entre des professionnels de santé et des professionnels de l'autre catégorie : Lorsqu'un échange d'informations a lieu entre des professionnels de santé et des professionnels de l'autre catégorie, il faut également en informer au préalable le patient. En revanche, il n'existe pas d'obligation de transmettre la nature des informations et l'identité du destinataire. Toutefois, une limitation supplémentaire est ajoutée en invitant les professionnels de l'une ou l'autre catégorie à prendre en compte des recommandations qui seront élaborées par la Haute Autorité de Santé avec le concours des ordres professionnels et qui devront définir les catégories d'informations qui leur sont accessibles.

Le partage d'informations entre des professionnels de santé mentionnés dans la quatrième partie du code : Dans le cas d'un partage d'informations entre des professionnels de santé mentionnés dans la quatrième partie du code, le patient n'aura pas à en être informé au préalable.

Professionnel exerçant seul		Professionnel membre d'une équipe de soins	
Echange d'informations entre professionnels de la catégorie 1	Echange d'informations entre professionnels de la catégorie 1 et 2	Echange d'informations entre professionnels de la catégorie 1	Echange d'informations entre professionnels de la catégorie 1 et 2
Information préalable du patient mais pas d'obligation légale de préciser la nature de l'information et le destinataire	Information préalable du patient sur : - la nature des informations devant faire l'objet de l'échange, - l'identité du destinataire et la catégorie dont il relève ou sa qualité au sein d'une structure précisément définie.	Pas d'information préalable du patient en cas d'échange d'informations	Information préalable mais pas d'obligations de transmettre l'objet de l'échange et l'identité du destinataire. Transmission encadrée par les recommandations rédigées par HAS et conseils de l'ordre

Source : macsf.fr

Bonus : [lien vers questions/réponses secret professionnel février 2017](#)

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 ou en concubinage ou de deux personnes si vous êtes marié-es ou pacsé-es. Chaque enfant ou personne à charge ajoute une part ou une demi-part au foyer familial.

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.

Pour les orthophonistes, les revenus issus d'une activité libérale sont à déclarer dans la catégorie des bénéficiaires non commerciaux ou BNC.

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 1er janvier (ou la date de début d'activité) et le 31 décembre (ou la date de cessation d'activité).

Prélèvement à la source (PAS) : le prélèvement à la source est entré 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-e par le volet « acompte d'impôt sur le revenu » de la réforme, il s'agit globalement d'un calcul prévisionnel mensuel d'impôt basé sur les revenus de la dernière année connue et appelé sur 12 mois :

- de janvier à août 2024, le calcul aura lieu sur l'année fiscale 2022 ;
- de septembre à décembre 2024, sur l'année fiscale 2023.

Un solde d'impôt (positif ou négatif), calculé par rapport à votre déclaration d'impôts déposée en mai 2024 et notifié en août 2024, régularisera les acomptes versés en 2023.

Il est possible d'ajuster le taux du prélèvement à la source :

- en cas de variation de revenus (à la hausse ou à la baisse) ;
- en cas de changement de situation familiale.

Par ailleurs, il est possible de sélectionner un taux personnalisé pour le foyer ou un taux individualisé :

- **le taux personnalisé pour le foyer** est celui choisi par défaut par l'administration fiscale, il tient compte de l'ensemble des revenus et des charges du foyer. La répartition du montant de l'impôt est égale pour chacun des conjoints ;
- **le taux individualisé** permet de prendre en compte des éventuels écarts de revenus entre les conjoints. Le taux est calculé par l'administration fiscale en fonction des revenus de chacun et est donc différent pour chacun des conjoints. Il ne s'agit pas d'une individualisation de l'impôt mais d'une répartition différente du paiement de l'impôt. L'impôt reste calculé en fonction des revenus du couple et du nombre de parts de quotient familial.

Le régime micro-BNC

Le régime micro-BNC est un régime d'imposition applicable de plein droit aux personnes physiques exerçant une activité libérale lorsque le chiffre d'affaires est inférieur à 77 700 € (montant rehaussé en 2023).

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 %.

À noter : si le montant des charges est supérieur à 34 %, il est préférable de basculer sur le régime de la déclaration contrôlée.

Si le début d'activité a lieu au cours d'une année fiscale, il s'agira de calculer le prorata du chiffre d'affaires sur une année entière.

Par exemple : pour un début d'activité libérale en août (soit 5 mois travaillés) avec un chiffre d'affaires à 25 000 € ; le calcul sur l'année sera $25\,000/5 \times 12 = 60\,000$ €, ce qui ouvre le droit au régime micro-BNC.

En revanche, avec un début d'activité libérale en septembre (soit 4 mois travaillés) avec un chiffre d'affaires à 27 000 € ; le calcul sur l'année sera $27\,000/4 \times 12 = 81\,000$ €, ce qui n'ouvre pas de droit au régime micro-BNC.

Les obligations comptables sont simplifiées : il n'est pas nécessaire de tenir un livre des dépenses, mais simplement un livre des recettes présentant le détail des recettes professionnelles.

Enfin, il n'est pas possible de prétendre aux aides accordés en ZRR ou ZFU avec le régime micro-BNC.

À RETENIR

- Éligibilité au régime micro-BNC si chiffre d'affaires < 77 000 €
- Report des recettes sur la déclaration d'ensemble des revenus n° 2042C PRO rubrique 5HQ)
- Application d'un abattement forfaitaire de 34 %
- Au niveau comptable, seule la tenue d'un livre de recettes est nécessaire

Le régime de la déclaration réelle (n° 2035)

Le régime de la déclaration contrôlée est un régime d'imposition :

- obligatoire si son chiffre d'affaires est supérieur à 77 700 € ;
- optionnel si son chiffre d'affaire est inférieur est à 77 700 mais qu'il y a un intérêt fiscal à établir une déclaration réelle (c'est-à-dire si les dépenses professionnelles sont supérieures à 34 % des recettes).

Le bénéfice imposable correspond alors au bénéfice net réalisé au cours de l'année civile, prenant en compte les recettes et les charges effectives payées au cours de la même année.

Ce régime réel d'imposition est formalisé par la rédaction d'une déclaration n° 2035 que vous devrez transmettre à l'administration fiscale de façon dématérialisée.

Le régime de déclaration réelle implique de tenir une comptabilité et de rendre disponibles les documents auprès de l'administration fiscale en cas de contrôle :

- un grand livre des transactions (qui regroupe l'ensemble des transactions et des mouvements bancaires en les classant par compte comptable) ;
- un livre journal (listant chaque jour toutes les recettes et les dépenses en lien avec votre activité) ;
- un fichier des écritures comptables aux normes (établi par un logiciel de comptabilité certifié).

Les frais professionnels déductibles

Pour qu'une dépense soit déductible, elle doit :

- être liée à l'exercice professionnel,
- ne pas être excessive ni fictive,
- être comptabilisée durant l'année à laquelle elle se rapporte,
- être inférieure à 500 € HT (sinon, il s'agit d'une immobilisation),
- s'appuyer sur des pièces justificatives.

Quelles sont les dépenses déductibles ?

- Le loyer, le chauffage, l'eau, l'électricité, le gaz, le forfait internet, l'entretien et la réparation du local professionnel
- L'achat et la location de petit matériel et de mobilier
- Les primes d'assurance liées à la profession
- Les frais de repas hors domicile, dans la limite du barème (entre 5 € et 19,40 € pour 2022) ;
- Les frais de déplacement (frais de véhicule si hors barème kilométrique, billet de train ou d'avion pour des déplacements professionnels, etc.)
- Les fournitures de bureau
- Les frais d'envois postaux, de télécopie et de documentation (inclus les ouvrages professionnels et l'abonnement à des publications professionnelles)
- Les frais de téléphone
- Les cotisations versées à un syndicat
- Les cotisations sociales, hors CRDS et une part de la CSG
- Les complémentaires facultatives, avec plafond (20 000 € pour la prévoyance santé et 68 000 € pour l'assurance vieillesse par exemple)
- Les frais de formation professionnelle
- Le logiciel de télétransmission
- Les dépenses vestimentaires exclusivement requises pour l'exercice de la profession (blouse) et les frais de blanchissage
- Les frais de prothèses dentaires et auditives
- Les frais de publicité (publication de l'entreprise au journal officiel, éventuelles campagnes de communication...)
- Les frais d'actes et de contentieux ;
- Les amortissements de vos immobilisations professionnelles.

Quelles sont les dépenses non déductibles pour les orthophonistes libérales ?

De nombreuses charges sont considérées comme déductibles d'office, mais certaines sont également reconnues comme n'étant jamais déductibles par l'administration fiscale (liste non exhaustive) :

- Le remboursement du capital d'un prêt professionnel (à l'exception les intérêts)
- La part non-déductible du prix d'achat ou de location des véhicules de tourisme
- Les frais de véhicule si vous avez choisi le barème kilométrique
- Les dépenses considérées comme luxueuses
- L'impôt sur le revenu et l'impôt sur les sociétés
- La taxe foncière et la carte grise d'un bien ou d'un véhicule non inscrit au bilan de l'entreprise (non immobilisés)
- La CRDS et la part de CSG non déductible
- Les cadeaux si le prix est excessif, disproportionné par rapport à l'activité
- Les intérêts sur découvert et les AGIOS si le compte est débiteur
- Les pénalités et amendes des autorités administratives
- Les dons versés à des partis politiques ou le mécénat (car ces dépenses bénéficient déjà d'une réduction d'impôt sur la déclaration 2042)
- Les 2/3 de vos frais de comptabilité lorsque vous êtes en dessous de 72 600 € de recettes, pour vous permettre de bénéficier de la réduction d'impôt pour frais de comptabilité à hauteur de 2/3 de toutes vos dépenses courantes de comptabilité (AGA, comptable, etc.) dans la 2042-C-PRO
- Les virements ou chèques effectués dans le cadre d'une SCM ou d'un cabinet avec frais en commun. Pour les SCM, la répartition des frais se fait sur la déclaration 2036.

Quelques précisions sur chaque poste comptable

Poste « impôts et taxes »

La Contribution économique territoriale est une taxe due par les professionnels exerçant une activité non salariée. Elle est composée de deux cotisations mais seule la cotisation foncière des entreprises (CFE) concerne les orthophonistes en libéral. La CFE est un impôt local calculé 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 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

Il s'agit d'une cotisation obligatoire 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 forfaitaire.

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 101 € 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 220 € par an en 2023.
- La contribution sociale généralisée (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 (déduction faite des revenus de remplacement). Elle est composée d'une partie déductible (6.80 % sur les 9.2 %) et d'une partie non déductible (2.4 %).
- La contribution pour le remboursement de la dette (CRDS) correspond à 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.

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.

Poste « assurances »

Il correspond principalement à votre responsabilité civile professionnelle (RCP) et à l'assurance multirisque du cabinet.

Poste « formations »

Le poste « formation » correspond aux frais de congrès, de formation professionnelle, ou d'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 aides ZFU-TE et ZRR pour les orthophonistes

L'installation dans des zones dites ZFU-TE et les ZRR permettent aux orthophonistes de bénéficier d'une exonération totale ou partielle de leurs impôts.

La Zone de Revitalisation Rurale

La Zone de Revitalisation Rurale ou ZRR correspond à une zone rurale reconnue comme fragile sur le plan socio-économique.

Pour bénéficier d'exonération fiscale en cas d'installation dans l'une de ces zones, plusieurs critères sont à remplir :

- votre installation doit avoir eu lieu avant le 31 décembre 2023 ;
- vous devez être soumis à un régime réel d'imposition ;

- votre siège social et l'ensemble de vos activités doivent être implantés dans la ZRR. Si certaines de vos activités sont réalisées en dehors de la ZRR (notamment les prises en soin à domicile) : il ne faut pas réaliser plus de 25 % de son chiffre d'affaires en dehors de la ZRR. Si les recettes hors ZRR dépassent 25 %, alors l'exonération s'appliquera uniquement au prorata des activités réalisées en ZRR, le reste étant imposable.

Attention : les orthophonistes ayant déjà exercé ailleurs et/ou ayant déjà bénéficié de l'exonération ne peuvent pas prétendre à l'exonération ZRR. Cela ne concerne pas non plus les orthophonistes en remplacement.

En cas de sortie de ZRR : si la commune sort de la zone définie par l'État, l'orthophoniste garde son exonération sur la durée qu'il lui reste. En cas de sortie de la ZRR moins de 5 ans après avoir perçu des aides, l'orthophoniste devra rembourser ses exonérations à l'administration fiscale.

L'exonération prévue par le dispositif est la suivante :

- exonération totale les 5 premières années,
- 75 % des bénéfices de la 6^e année sont exonérés,
- 50 % de la 7^e année,
- 25 % de la 8^e année,

L'aide est dégressive et s'étale sur huit ans. Ensuite, vous serez soumis·e normalement à l'impôt sur le revenu.

Aucune démarche spécifique n'est à entreprendre pour bénéficier de cette exonération : si vous remplissez les conditions, l'administration fiscale applique automatiquement l'exonération.

La carte des zones ZRR est disponible ici :

https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#c=indicator&i=typo_zrr_zrr_simp&s=2018&view=map36

La Zone Franche Urbaine – Territoire Entreprise

La Zone Franche Urbaine - Territoire Entreprise ou ZFU-TE est une zone de plus de 10 000 habitants, situés dans des périmètres géographiques dits sensibles ou défavorisés.

Pour bénéficier d'exonération fiscale en cas d'installation dans l'une de ces zones, plusieurs critères sont à remplir :

- votre installation doit avoir eu lieu avant le 31 décembre 2023 ;
- votre siège social et l'ensemble de vos activités doivent être implantés dans la ZFU-TE. Si certaines de vos activités sont réalisées en dehors de la zone (notamment les prises en soin à domicile), votre revenu réalisé en dehors de la ZFU est imposable.

L'exonération prévue par le dispositif est la suivante :

- exonération totale les 5 premières années,
- 60 % des bénéfices de la 6^e année sont exonérés,
- 40 % de la 7^e année,
- 20 % de la 8^e année.

Attention : l'allègement fiscal ne peut pas dépasser 50 000 € par période de 12 mois. Si votre bénéfice dépasse cette somme, vous paierez des impôts sur les montants supérieurs.

Pour bénéficier de cette exonération d'impôt, vous devez envoyer un état de détermination du bénéfice avec votre déclaration 2035. Votre classement en ZFU-TE est alors automatiquement pris en compte. Avant le 30 avril de chaque année, une déclaration annuelle des mouvements de main-d'œuvre doit également être envoyée à l'Urssaf et la Dreets (Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités - ex-Direccte) dont vous dépendez.

La carte des zones ZFU-TE est disponible ici :

<https://sig.ville.gouv.fr/atlas/ZFU/>

Les associations de gestions agréées

Une AGA, Association de Gestion Agréé, a pour rôle d'assister les professionnels libéraux dans leurs démarches administratives, leur comptabilité et leurs déclarations fiscales.

Ses trois principales missions sont l'accompagnement, le contrôle et l'information :

- elle accompagne ses adhérents, tant au niveau de leur gestion comptable que dans le rappel des règles comptables et fiscales et peut proposer des formations à ses membres sur la bonne tenue de la comptabilité ;
- elle vérifie la conformité de vos documents comptables, analyse votre déclaration fiscale, examine la cohérence entre vos résultats fiscaux et votre comptabilité, et transmet ensuite par voie électronique votre déclaration à l'administration fiscale ;
- elle fournit chaque année un dossier d'analyse économique qui vous permet de suivre votre situation financière au fil des années mais également de la comparer avec celles des autres professionnels.

Jusqu'à l'année de déclaration 2023 (pour l'année d'imposition 2022), une majoration du bénéfice de 10 % était appliquée en cas de non adhésion à une AGA. Cette mesure est supprimée en 2024 (pour l'année d'imposition 2023).

L'adhésion à une AGA permet une réduction d'impôt sur le revenu égale à deux tiers du montant hors taxe de vos frais de comptabilité, c'est-à-dire les dépenses engagées pour adhérer à une AGA, les honoraires d'un expert-comptable ou les frais d'abonnement à un logiciel de comptabilité.

Pour plus d'informations : <https://www.fno.fr/vous-etes/vie-professionnelle/association-de-gestion-agree-aga-et-avantages-fiscaux/>

Les coordonnées des régions

Auvergne Rhône Alpes - SOR-AuRA

32 rue des Rancy 69003 Lyon
04 78 60 54 96

soraura.fno@gmail.com

<https://www.sdorra.info/>

Bourgogne Franche Comté - SROBFC

46 rue de l'Amitié 25480 Ecole Valentin
06 75 89 77 98

contact@srobfc-fno.fr

Bretagne - SIOB

15 rue de Kervazic 56550 Belz
06 81 62 71 82

fnosiob@gmail.com

<http://www.siof.fr>

Centre Val de Loire - SORC-VDL

18 rue Principale 37250 Veigné
06 70 12 52 39

sorcvd.fno@gmail.com

<https://www.sorc-vdl.fr>

Grand Est - SOGEST

71 route des Romains 67200 Strasbourg

syndicat.sogest@gmail.com

Guadeloupe - SDOG

304-305 parc d'activités Pôle Caraïbes
97139 Les Abymes

06 90 64 90 06 / 05 90 32 42 18

sdog.gp@gmail.com

Guyane - SROG

Espace santé du Larivot - Carrefour du Larivot
97351 Matoury

06 94 25 93 63

srog.guyane@yahoo.com

Hauts De France - SOHF

229 rue Solférino 59000 Lille
03 20 81 27 35

sohf.contact@gmail.com

www.sohf.fr

Île De France - SDOP Ile-de-France

34 rue Périer 92120 Montrouge
01 47 35 26 28

sdop@orange.fr

www.sdop.org

Île De La Réunion et Mayotte - SORR

303 avenue du Beau Pays

Apt M20 Beauséjour

97438 Sainte-Marie

06 93 20 32 50

presidence.sorr@gmail.com

www.sorr-reunion.net

Martinique - SDOM

4 rue Stephen Rose - Petit Bourg

97215 Rivière-Salée

05 96 50 84 05

sdomartinique@gmail.com

Normandie- SRON

Centre Commercial Louis Pasteur
76160 Darnétal

06 75 22 41 12

sron.fno@gmail.com

Nouvelle Aquitaine - SIONA

249 rue Mandron 33000 Bordeaux

0 670 600 489

siona.contact@gmail.com

Nouvelle Calédonie - SONC

BP 16771 98804 Nouméa cedex

orthos.nc@gmail.com

Occitanie - SOROCC

Maison des Professions Libérales

285 rue Alfred Nobel 34000 Montpellier

04 67 69 75 10

contact@sorocc.fr

<https://sdormp.jimdofree.com/>

Pays de la Loire - SROPL

15 rue de Lattre de Tassigny 85310 Nesmy

02 51 47 32 44

contact@sropl.fr

<http://sropl.fr>

Polynésie Française - SOPF

syndicatorthophonistespf@gmail.com

Provence Alpes Côte d'Azur Corse - SDORPACAC

2 place Joseph Brémond 83780 Flayosc

07 71 751 971

sdorpacac@gmail.com