

LE LIVRET
FNO

2026



INTRODUCTION

24 600 orthophonistes exercent en France. Plus 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 site.
- 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 2026 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
Table des matières.....	3
L'HISTORIQUE DE L'ORTHOPHONIE.....	10
LES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES.....	12
L'orthophonie en chiffres.....	12
Profil des orthophonistes.....	12
Evolution de notre démographie.....	12
Formation initiale.....	13
Revenu moyen des orthophonistes en libéral.....	13
Activité des orthophonistes en libéral.....	13
Patientèle des orthophonistes en libéral.....	13
C@rtosanté.....	14
LE STATUT LÉGAL.....	15
Les textes réglementaires.....	15
Le Code de la santé publique.....	15
Définition de l'orthophonie.....	15
Le diplôme.....	16
Liste des actes pouvant être accomplis par l'orthophoniste.....	16
La convention nationale.....	17
La Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).....	18
Les textes référentiels de l'orthophonie.....	18
L'exercice illégal.....	18
LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS.....	19
Le niveau national.....	19
L'organisation ministérielle.....	19
Une institution particulière : la Sécurité sociale.....	20
Les objectifs généraux de la Sécurité sociale.....	20
L'organisation de la Sécurité sociale.....	20
Le niveau régional.....	22
Les agences régionales de santé (ARS).....	22
La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).....	23
Les unions régionales des professionnels de santé (URPS) orthophonistes.....	24
Rôle et mission des URPS.....	25
Le niveau départemental.....	26
Le conseil territorial de santé (CTS).....	26
Les délégations territoriales de l'ARS.....	26
Le niveau local.....	26
L'ACCÈS À LA VIE PROFESSIONNELLE.....	27
La formation initiale.....	27
Autorisation d'exercice en France.....	28
Les diplômés français qui veulent exercer à l'étranger.....	28
Première installation.....	29

Le statut de maître de stage.....	29
Encadrement des stagiaires en formation initiale.....	29
Encadrement des stagiaires lors d'une procédure de reconnaissance de diplôme européen.....	29
Encadrement d'autres étudiants en filière santé.....	30
L'INSTALLATION EN LIBÉRAL.....	35
Les démarches.....	35
Installation.....	35
Déménagement - Changement d'adresse du cabinet.....	36
Cessation d'activité.....	37
L'importance des contrats.....	37
La collaboration.....	38
Cadre législatif.....	38
Objet de la collaboration.....	39
Le contenu et la durée du contrat.....	39
Les statuts de titulaire et de collaborateur.....	40
Patientèle personnelle du collaborateur et clause de non détournement.....	40
La redevance de collaboration.....	41
Le remplacement du collaborateur.....	42
Cas particulier : collaboration et grossesse ou accueil d'un enfant.....	42
Le remplacement.....	43
La durée.....	43
Le motif.....	43
Le montant de la rétrocession.....	43
La clause de non-réinstallation.....	43
La clause de non-concurrence.....	43
L'état des lieux.....	43
La CPS remplaçant.....	43
L'association.....	44
Le contrat d'exercice en commun.....	44
Les sociétés civiles de moyens (SCM).....	44
Mise à disposition des locaux.....	44
La transmission du cabinet.....	45
Droit de présentation de la patientèle.....	45
Indemnité de présentation à patientèle.....	45
Les aspects fiscaux de la cession.....	46
La transmission dans le cadre d'un cabinet de groupe.....	47
Précautions à prendre en cas de transmission de cabinet.....	47
Cession à titre gratuit ou pour 1 € symbolique : attention !.....	48
La convention d'intégration (pour les collaborateurs qui s'associent).....	48
En cas de divorce.....	49
Le lieu d'exercice.....	49
Le secteur géographique.....	49
Le local.....	49
L'accessibilité du local.....	49



S'assurer de la destination/usage du local.....	50
Le bail professionnel.....	50
Partager son local et/ou sa salle d'attente.....	50
Exercice exclusivement au domicile.....	51
Aides à l'installation.....	51
Le zonage.....	51
Mesures incitatives.....	52
Dispositions générales.....	52
L'aide à la première installation.....	53
L'aide à l'installation.....	53
L'aide au maintien.....	54
Modulation possible par l'ARS du contrat type régional.....	54
Publicité.....	55
Affichage.....	55
Conservation des documents.....	56
Temps et modalités de conservation des dossiers patients.....	56
Temps et modalités de conservation des autres documents administratifs.....	56
RGPD et cybersécurité.....	57
L'EXERCICE CONVENTIONNÉ.....	58
Prescriptions, ordonnances et accès direct.....	58
Ordonnances.....	58
Ordonnance numérique.....	58
Adaptations des prescriptions.....	58
Accès direct.....	59
Focus Dossier Médical Partagé (DMP).....	59
Identité nationale de santé.....	60
Le bilan.....	61
Le bilan initial.....	61
Le bilan en renouvellement.....	62
Le bilan de prévention et d'accompagnement parental (BPA).....	62
Les séances.....	63
Demande d'accord préalable.....	63
Les séances individuelles.....	64
Les séances de groupe.....	66
Note d'évolution et note de fin de soins.....	66
Forfaits.....	67
Le forfait majoration enfant orthophoniste (MEO).....	67
Le forfait orthophoniste handicap (FOH).....	67
Le forfait trouble du neurodéveloppement (FTD).....	67
Le forfait post-hospitalisation (FPH).....	67
Tableau récapitulatif des forfaits.....	68
Soins à domicile.....	69
Modalités.....	69
Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD, IFN, IFS).....	69



Indemnité horokilométrique (IK).....	69
Qu'est-ce qu'une agglomération ?.....	71
FAMI : Forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet.....	71
Double prise en charge.....	72
Dispositions générales.....	72
Les conventions.....	73
Les demandes dérogatoires.....	74
Les réclamations d'indus.....	74
La position de la FNO : la défense du salariat.....	75
Télésoin.....	75
Téléexpertise.....	76
Modalités de réalisation.....	76
Modalités de facturation.....	76
Facturation des soins.....	77
Généralités.....	77
Le remboursement des actes aux assurés.....	77
Le paiement des actes.....	78
Le paiement par l'assuré.....	78
Le Tiers Payant.....	78
Cas des patients en C2S.....	78
Le tiers payant sur la part non obligatoire.....	79
Télétransmission.....	80
SCOR : la Scannérisation des Ordonnances.....	80
Les feuilles de soins SESAM "dégradé".....	80
Les feuilles de soins SESAM "sans-vitale".....	81
Adri (Acquisition des DRoits intégrée).....	81
ALDi.....	81
AppCV.....	81
La facturation via la feuille de soins sur support papier.....	81
Le dépassement d'honoraire exceptionnel (DE).....	81
Équipement informatique.....	82
Le lecteur de carte.....	82
La CPS.....	82
La CPS remplaçant.....	83
La e-CPS.....	83
Le contrôle médical.....	83
Les instances conventionnelles : les commissions paritaires.....	84
Généralités.....	84
Rôle de la Commission Paritaire Nationale (CPN).....	84
Rôle de la commission paritaire régionale.....	86
Rôle de la commission paritaire départementale ou locale.....	86
L'EXERCICE COORDONNÉ.....	88
Les centres de santé.....	88
La CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé.....	88



Les ESP : Équipes de Soins Primaires.....	89
La MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire.....	90
Les ESCAP : Équipes de soins coordonnées avec le patient.....	90
LES RELATIONS AVEC L'ÉDUCATION NATIONALE.....	91
Projet d'accompagnement personnalisé (PAP) et grille d'impact résiduel.....	91
La note au sujet des PAP et des aménagements d'examen.....	91
La grille d'impact résiduel.....	91
Les sorties pour soins sur le temps scolaire.....	92
Cadre légal.....	92
Procédure en cas de refus de sortie sur temps scolaire.....	93
Intervention sur le lieu de vie du patient - Protocole d'accord.....	93
Equipe de suivi et de scolarisation.....	94
RÉGULATION, ORIENTATION ET DÉPISTAGE.....	95
La régulation téléphonique via allo-ortho.com (PPSO).....	95
DP20.....	96
PROTECTION SOCIALE ET ASSURANTIELLE DES ORTHOPHONISTES CONVENTIONNÉS.....	97
Les cotisations sociales obligatoires.....	97
Carpimko : retraite et régime invalidité décès (RID).....	97
URSSAF : assurance maladie et allocations familiales.....	98
Les prestations sociales durant l'activité professionnelle.....	99
Indemnités journalières pour maladie ou accident.....	99
CPAM.....	99
Carpimko : incapacité de travail.....	100
Maternité.....	100
L'allocation forfaitaire du repos maternel d'une orthophoniste libérale.....	100
L'indemnité journalière forfaitaire de l'orthophoniste non salariée.....	100
Congé pathologique de l'orthophoniste libérale.....	101
En cas d'accouchement prématuré de plus de six semaines.....	101
En cas d'exercice mixte.....	101
Paternité ou accueil d'un enfant.....	102
Adoption.....	103
Allocation forfaitaire de repos maternel.....	103
Indemnités journalières forfaitaires.....	103
Mi-temps thérapeutique.....	103
Reprise thérapeutique.....	104
Reprise d'activité partielle.....	104
Invalidité.....	104
Les prestations familiales.....	105
Action sociale de la CARPIMKO.....	105
Service d'aide aux professionnels de santé.....	105
La retraite.....	106
Démarches auprès de la CARPIMKO.....	106
Retraite "classique".....	106
Cumul emploi-retraite.....	107



Retraite progressive.....	108
En cas de décès.....	108
Les assurances.....	109
Les assurances obligatoires.....	109
La responsabilité Civile Professionnelle.....	109
L'assurance du cabinet professionnel.....	109
Les assurances facultatives.....	109
L'assurance perte d'exploitation.....	109
Le contrat de prévoyance.....	109
La protection juridique.....	109
La complémentaire santé.....	109
LA FORMATION CONTINUE.....	110
Le FIF PL (Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux).....	110
Le DPC (Développement Professionnel Continu).....	113
Obligation triennale.....	113
Budget et financement du DPC.....	114
Le Compte Personnel de Formation (CPF).....	117
FOCUS : le bilan de compétences.....	118
Le Crédit d'impôt formation des dirigeants d'entreprise.....	118
L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU).....	118
L'EXERCICE SALARIÉ.....	120
Structure de travail.....	120
Secteur public.....	120
Secteur privé.....	121
Le contrat de travail.....	121
Formes de contrats et évolutions.....	121
Le CDI (contrat à durée indéterminée).....	121
Un CDD (contrat à durée déterminée).....	122
Fin de contrat, démission et rupture conventionnelle.....	122
Le salaire.....	123
Fonction Publique Hospitalière.....	124
CCN 1951 (FEHAP).....	125
CCN 1966 (Nexem).....	125
Les primes.....	125
Temps de travail, congés et absence.....	125
Temps de travail.....	125
Congés payés.....	126
Arrêt de travail.....	126
Congé maternité et paternité.....	128
Autres absences du lieu de travail.....	128
Congés spécifiques dans le secteur privé.....	129
Congé spécifique aux fonctionnaires.....	131
Cumul d'emplois privés.....	132
Cumul d'emplois public et privé.....	132



La fiche de poste.....	132
Évaluation du salarié.....	133
La couverture sociale.....	134
Salarié du secteur privé et contractuel du secteur public.....	134
Titulaire de la fonction publique.....	135
La formation professionnelle en salariat.....	136
Plan de développement des compétences.....	136
Compte Personnel de Formation (CPF).....	136
Projet de transition professionnelle (PTP).....	137
Conseil et évolution professionnelle.....	137
Bilan de compétence.....	137
Développement Professionnel Continu (DPC) pour les salariés.....	138
Formation professionnelle dans la fonction publique.....	140
L'ÉTHIQUE ET LA DÉONTOLOGIE.....	141
Différence entre loi / déontologie / éthique.....	141
La loi.....	141
Déontologie.....	141
Éthique.....	142
La Charte Éthique.....	143
Que représente une charte éthique en orthophonie ?.....	143
Les principes.....	143
Secret professionnel et secret partagé.....	146
LA FISCALITÉ.....	150
Le régime micro-BNC.....	151
Le régime de la déclaration réelle (n° 2035).....	151
Les frais professionnels déductibles.....	152
Quelques précisions sur chaque poste comptable.....	153
Poste « impôts et taxes ».....	153
Postes « charges sociales obligatoires ».....	153
Poste « charges sociales facultatives ».....	154
Poste « assurances ».....	154
Poste « formations ».....	155
Poste « frais de déplacement ».....	155
Les aides ZFU-TE et ZRR pour les orthophonistes.....	155
Les Zones de Revitalisation Rurale (ZRR) et Zones France Ruralités Revitalisation (FRR).....	155
La Zone Franche Urbaine – Territoire Entreprise.....	156
Les associations de gestions agréées.....	157
LES COORDONNÉES DES RÉGIONS.....	158



L'HISTORIQUE 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.



LES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

L'orthophonie en chiffres

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

Retrouvez plus d'informations dans [l'Orthophoniste de mars 2024](#) et [l'Orthophoniste d'avril 2024](#)

Profil des orthophonistes

Genre des orthophonistes : 97 % de femmes

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

Orthophonistes en exercice libéral :

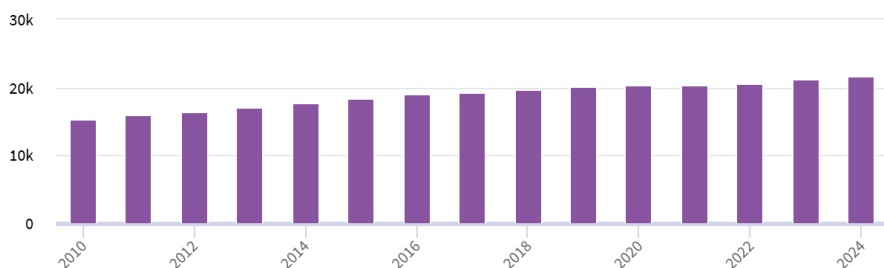
- 21 763 sur tout le territoire
- 93 % en libéral exclusif et 7% en exercice mixte.
- densité de 31 orthophonistes en libéral pour 100 000 habitants en moyenne

Orthophonistes en salariat :

- 1 704 sont orthophonistes dans le secteur sanitaire
- 2 039 sont salariés d'autres structures (établissements médico-sociaux).
- densité de 5,47 orthophonistes en salariat pour 100 000 habitants en moyenne

Evolution de notre démographie

Pour les orthophonistes en libéral, les évolutions sont les suivantes

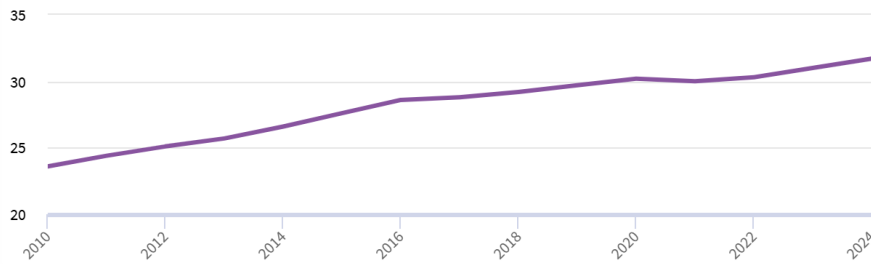


21 763

Effectif en 2024

En moyenne sur 2018-2024, les effectifs ont progressé de 1,2%/an, cette stagnation est préoccupante.





31,7

orthophonistes pour 100 000 habitants en France en 2024

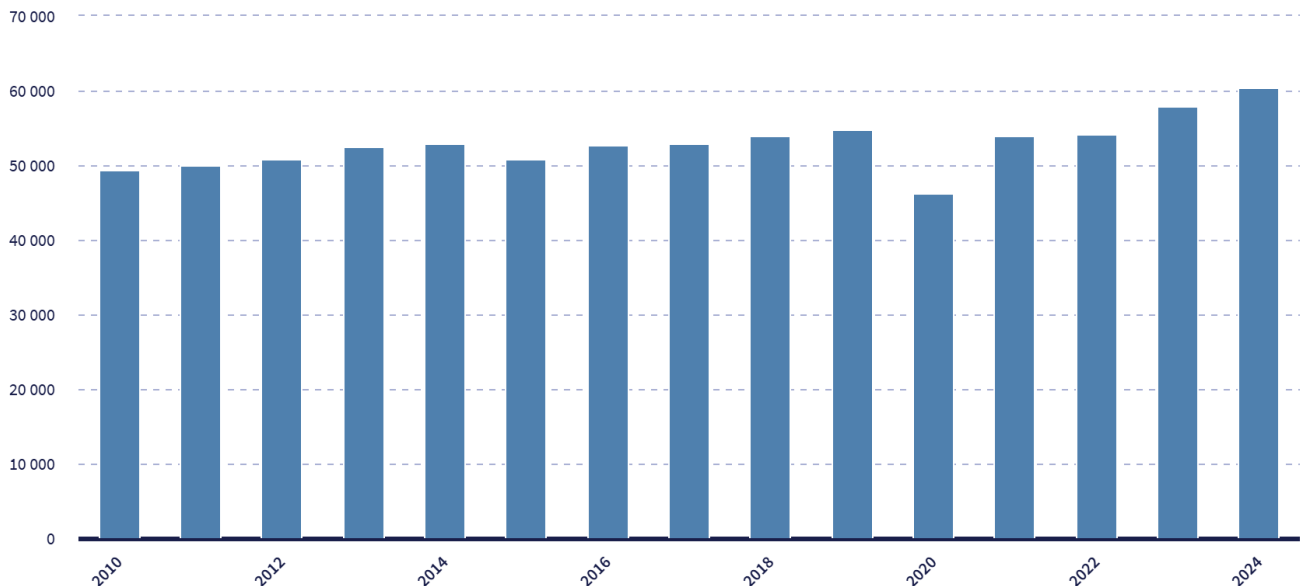
Plus d'informations : https://data.ameli.fr/pages/data-professionnels-sante-liberaux-profession/?refine.profession_sante=Orthophonistes&init_year=2024#demographie

Formation initiale

Quotas d'admission dans les CFUO :

- 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
- Année scolaire 2024-2025 : 984
- Année scolaire 2025 -2026 : 1005

Revenu moyen des orthophonistes en libéral



Honoraires perçus (dont dépassements éventuels) en 2024 **60 466 €**

Activité des orthophonistes en libéral

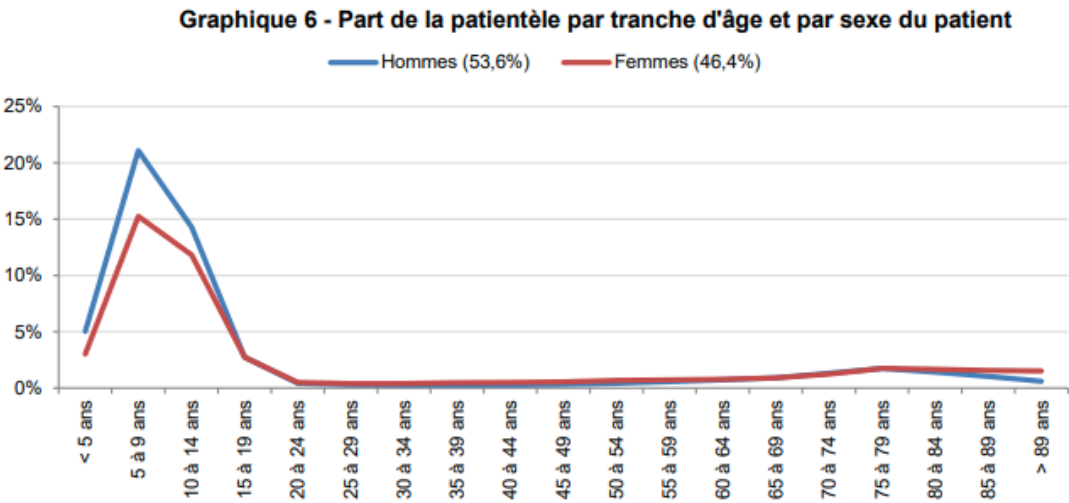
Une quantité d'actes en augmentation en 2024 (+1.6 %) après une baisse entre 2021 et 2022, et une hausse en 2023, principalement portée par l'augmentation des effectifs (+2,7 %)

Nombre d'actes moyen par an par orthophoniste Actif à Part Entière (APE) : 1641 actes soit environ

39 actes par semaine si on considère 42 semaines travaillées annuellement (-0.9%)

Patientèle des orthophonistes en libéral

Les orthophonistes ont accueilli 1,6 million de patients uniques en 2024, ce qui représente 75 patients différents par orthophoniste en moyenne.



C@rtosanté

C@rtosanté permet d’observer et de suivre la situation démographique des professionnels de santé sur les territoires. C’est un outil développé par les ARS qui permet d’aider les professionnels de santé au moment de choisir leur lieu d’installation.

Les données concernant les orthophonistes sont mises à jour avec le dernier zonage.

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 ?

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



LE STATUT LÉGAL

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 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 oro-myo-faciales.

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

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

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

L'orthophoniste pratique son art sur prescription médicale. 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 trouve 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 :

La rééducation des fonctions du langage chez le jeune enfant présentant un handicap moteur, sensoriel ou mental ;

La rééducation des troubles de l'articulation, de la parole ou du langage oral, dysphasies, bégaiements, quelle qu'en soit l'origine ;

La rééducation des troubles de la phonation liés à une division palatine ou à une incompétence vélo-pharyngée ;

La rééducation des troubles du langage écrit, dyslexie, dysorthographe, dysgraphie, et des dyscalculies ;

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 bucco-lingo-faciale ;*
- 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).

La convention nationale

La convention nationale est conclue entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) 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 21, vous trouverez toutes les informations sur cet avenant [ici](#).

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.

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.](#)

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 en suspension ou 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 l'accès aux soins (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 2023-2033 a fait l'objet d'une consultation publique en ligne mais n'a pas encore été adoptée.

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'Etat s'appuient sur de nombreuses agences nationales (Santé publique France, Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale, 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

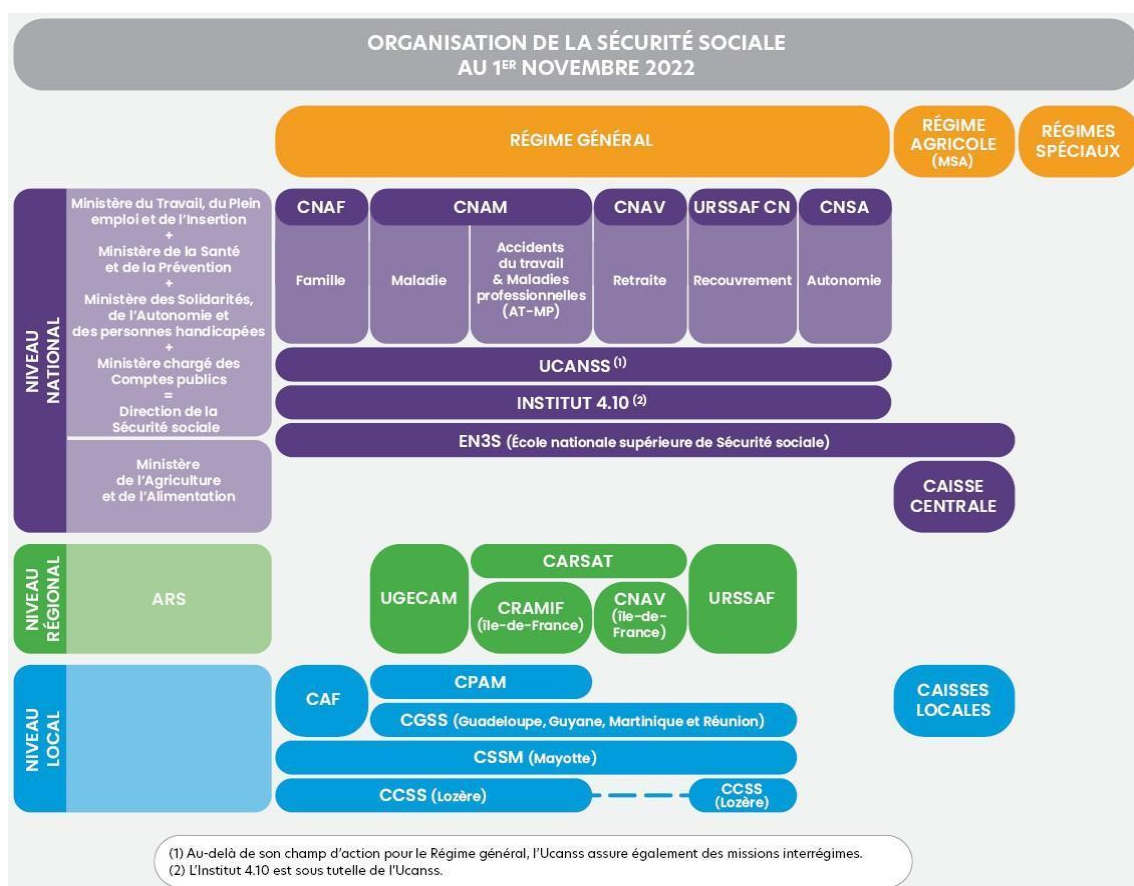
L'organisation de la Sécurité sociale est basée sur l'affiliation à un régime obligatoire. Elle est fondée sur le principe de la solidarité.

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'allocations 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).

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 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, en accord entre les ARS, les centres de formation et le ministère de l'enseignement supérieur. En 2025, il était fixé à 1005 étudiants.

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 européenne 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 et requérantes. 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'un médecin, d'un représentant de l'ARS, d'un représentant du rectorat et d'un 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 n'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

Une personne française 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, Tél. : +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 ou de la requérante 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.

Accueil de stagiaires hors étudiants en orthophonie

Les orthophonistes peuvent accueillir des stagiaires ne suivant pas une formation initiale en orthophonie.



Ces stages concernent notamment :

- les élèves de collège ou de lycée dans le cadre de stages de découverte,
- les étudiants d'autres filières (psychologie, paramédical, sciences du langage, etc.),
- les personnes en reconversion professionnelle ou en orientation.

L'accueil de ces stagiaires est facultatif et relève de l'appréciation de chaque professionnel.

Il est nécessaire de :

- établir une convention de stage tripartite (entre le stagiaire, l'encadrant et l'établissement pédagogique) stipulant le respect du secret professionnel,
- définir précisément le cadre et les limites du stage (observation uniquement, sans actes thérapeutiques),
- informer les patients et recueillir leur accord.

Ces accueils contribuent à faire découvrir la profession d'orthophoniste et à susciter des vocations, tout en veillant au respect du cadre déontologique.

La FNO met à disposition des professionnels :

- [une convention de stage type.](#)
- [un avenant à proposer si l'établissement souhaite utiliser sa propre convention,](#)
- [une foire aux questions précisant les aspects juridiques et pratiques de ces stages.](#)

L'INSTALLATION EN LIBÉRAL

Les démarches

Installation

Lors d'une installation (remplacement, collaboration,...), 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](#)
- ☐ Contacter les collègues aux alentours
- ☐ S'assurer que le local soit bien à [destination professionnelle et aux normes PMR](#)
- ☐ Prendre connaissance de la [convention](#)
- ☐ S'inscrire sur le portail [eRPPS](#) (qui en informera l'ARS)
- ☐ Ouvrir un compte bancaire dédié à l'usage professionnel
- ☐ Prévenir la CPAM de mon département de mon installation
- ☐ S'inscrire en ligne sur le guichet unique [inpi.fr](#) (qui en informera l'Urssaf et la CARPIMKO)
- ☐ Demander éventuellement [l'Aide à la création ou à la reprise d'une entreprise](#)
- ☐ 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](#)
- ☐ Se créer une adresse de messagerie sécurisée de santé
- ☐ Se renseigner sur [les structures d'exercice coordonné](#) du territoire (CPTS, MSP, ESP, ...)
- ☐ Se créer un compte FIF-PL et un compte Andpc pour la formation
- ☐ Se renseigner sur les coordonnées du syndicat départemental, régional, de l'URPS et des commissaires paritaires.

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

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

Déménagement - Changement d'adresse du cabinet

Lors d'un déménagement, que vous changiez de région ou pas, de département ou pas, les démarches administratives sont les mêmes, voici les démarches à effectuer :

- ☐ Se renseigner sur [la transmission du cabinet](#) de mon ancien lieu d'exercice
- ☐ Choisir son lieu d'installation en se renseignant sur le [zonage](#) et [les aides à l'installation](#)
- ☐ Se renseigner sur [les contrats](#) pour mon nouveau lieu d'exercice
- ☐ S'assurer que le local soit bien à [destination professionnelle et aux normes PMR](#)
- ☐ Déclarer votre changement d'adresse sur le portail [eRPPS](#) (qui en informera l'ARS)
- ☐ Prévenir les CPAM de départ et d'arrivée du changement d'adresse
- ☐ Déclarer votre changement sur le guichet unique [inpi.fr](#) (qui informera l'Urssaf et 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
- ☐ Modifier les informations de l'adresse de messagerie sécurisée de santé ou en créer une nouvelle sur la plateforme utilisée préférentiellement dans mon nouveau lieu d'exercice
- ☐ 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...)
- ☐ Se créer un compte FIF-PL et un compte Andpc pour la formation
- ☐ Se renseigner sur les coordonnées du syndicat départemental, régional, de l'URPS et des commissaires paritaires.

Retrouvez [la fiche pratique "Déménagement"](#).

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

Cessation d'activité

Lorsque vous cessez votre activité, quelle qu'en soit la raison : retraite, passage en salariat... voici les démarches à effectuer :

☐	Se renseigner sur la transmission du cabinet de mon ancien lieu d'exercice
☐	S'organiser pour la transmission ou le stockage des dossiers patients
☐	Déclarer sa cessation d'activité sur le portail eRPPS (qui en informera l'ARS et la CPAM)
☐	Prévenir la CPAM de son département
☐	Déclarer sa cessation d'activité sur le guichet unique inpi.fr (qui en informera l'Urssaf et la CARPIMKO)
☐	Mettre fin aux différentes assurances professionnelles (RCP, multirisque, tec)
☐	Mettre fin aux contrats de prévoyance
☐	Mettre fin aux différents abonnements professionnels (logiciel de télétransmission, matériel, etc)
☐	Fermer son compte bancaire professionnel

En cas de cessation d'activité définitivement de la 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.

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).

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 souhaitaient à l'origine les professionnels.

Vouloir économiser les frais générés par les services d'un spécialiste du droit (avocat, notaire, conseiller juridique...) risque de coûter très cher aux deux parties lors de la rupture du contrat.

Pour répondre aux multiples demandes de ses adhérents, la fédération nationale des orthophonistes a mis en place un service juridique.

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

indemnisations 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.

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'Urssaf recherche tous les éléments interprétables en faveur d'une assimilation à un salariat. Raison de plus pour préserver la réalité de l'exercice libéral du collaborateur.

Patientèle 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 bénéfices 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, ...). Il est possible de plafonner la redevance de collaboration mais attention à tout prendre en compte pour fixer ce plafond. Un accompagnement par la juriste de la FNO peut s'avérer utile.

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 cocontractants 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. en plus des assujettissements habituels (cotisations sociales et fiscales).

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.

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.

L'orthophoniste remplaçant.e n'est pas conventionné.e avec l'Assurance maladie, il ou elle exerce sous le régime conventionnel du ou de la remplacé.e. L'orthophoniste remplaçant.e enregistre son activité à l'ARS de son lieu de domicile..

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](#) et [une fiche pratique 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 (congrés annuels, 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 (du local et du mobilier / matériel)** contradictoire au début et à la fin du remplacement.

La CPS remplaçant

Les orthophonistes remplaçants peuvent obtenir leur carte de professionnel de santé (CPS) afin de télétransmettre en effectuant leur demande auprès de l'agence régionale de santé (ARS) sur le portail erpps.

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 soignant 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).

Mise à disposition des locaux

La **convention de mise à disposition du local** permet de vérifier que la création d'une nouvelle activité pour l'arrivant peut fonctionner et que les deux signataires s'entendent bien pour ensuite passer sur un autre type de contrat qui gèrera leur exercice commun

Cette convention de mise à disposition est un acte qui vous permet de partager votre bureau avec un autre professionnel qui versera alors une indemnité mensuelle pour l'utilisation du local. Ce contrat est à durée déterminée, chacun ayant l'obligation de le mener jusqu'à son terme.

En fonction de votre situation contractuelle dans ce local, la mise à disposition des locaux peut être proposée soit directement par le propriétaire des lieux soit par le locataire. Il faut donc être attentif au bail principal si vous êtes locataire.

L'inconvénient majeur tient à la durée de cet acte qui est limitée dans le temps et qui peut ne pas être prolongée à l'arrivée du terme. Cette convention est donc précaire pour l'arrivant qui va développer sa propre patientèle mais qui devra peut-être trouver un autre local au terme de la convention.

Il ne faut donc pas rester dans cette situation contractuelle trop longtemps et transformer cet engagement contractuel en un bail en colocation avec contrat d'association.

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 doit 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 soignant, 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.

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 ? Est-ce que la taxe foncière est intégrée dans les charges ou prise en charge par le propriétaire ?
- 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.
- Vérifier le contenu des dossiers patients transmis
- 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://fno.fr/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.

En cas de divorce

Si vous êtes mariés sous le régime de la communauté de bien (ou communauté universelle ou

participation aux acquêts) et que vous avez créé ou acheté votre cabinet après le mariage, la moitié de la valeur de votre cabinet appartient à votre futur(e) ex-époux(se). Il faudra donc procéder à l'estimation de votre cabinet et la moitié de sa valeur entrera dans la liquidation de communauté.

Plus d'informations sur les régimes matrimoniaux : [Orthophoniste de septembre 2025](#) et [Orthophoniste d'octobre 2025](#)

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.

Il est donc nécessaire, même dans la situation actuelle d'accès aux soins en orthophonie, de prendre contact avec les orthophonistes exerçant aux alentours pour connaître la situation réelle de l'accès aux soins sur le secteur.

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

Le local

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, vous pouvez vous rendre sur ce lien où vous pouvez aussi réaliser un auto-diagnostic :

<https://www.ecologie.gouv.fr/politiques-publiques/laccessibilite-etablislements-recevant-du-public-erp>

S'assurer de la destination/usage du local

Le local doit être pour un usage professionnel et non d'habitation.

Du point de vue de l'urbanisme, votre local professionnel est dans la destination "commerce et activités de service" - sous-destination " activités de services où s'effectue l'accueil d'une clientèle" ([Articles R151-27 à R151-29 du code de l'urbanisme](#))

Attention, conventionnellement (article 2 de la convention nationale), la profession d'orthophoniste ne peut s'exercer dans des locaux à finalité commerciale ou bien partagés avec des personnes

exerçant une activité commerciale.

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 changement de destination ou d'usage vise à maintenir le niveau de logements dans certaines zones. Renseignez-vous auprès de votre mairie et vérifiez le Plan Local d'Urbanisme (PLU) afin de vérifier qu'il n'y a pas de contraintes ou interdictions particulières dans votre commune.

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
- 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 ?

Partager son local et/ou sa salle d'attente

Un orthophoniste conventionné ne peut partager ses locaux (bureau/salle d'attente etc.) avec des personnes exerçant une activité commerciale (ex : agence immobilière, société commerciale etc.) comme le prévoit l'article 2 de la convention nationale.

Pour les autres cas, il n'existe aucune interdiction légale.

Cependant, en cas de partage avec d'autres professionnels de ses locaux (quel qu'ils ou elles soient même une orthophoniste) il faut que le secret professionnel soit respecté. Il est donc nécessaire que les locaux soient bien insonorisés et que l'orthophoniste assure la confidentialité des échanges y compris dans la salle d'attente où les échanges doivent rester limités.

Exercice exclusivement au domicile

La convention nationale et le projet de règles professionnelles indiquent que l'orthophoniste doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'un local dédié et adapté pour recevoir et soigner les patients.

La convention nationale des orthophonistes stipule que "La présente convention s'applique aux orthophonistes exerçant à titre libéral qui ont fait le choix d'exercer sous le régime conventionnel, pour les soins dispensés au cabinet, au domicile du patient et, le cas échéant, dans les structures de soins, dès lors que ceux-ci sont tarifés et facturés

Le projet de règles professionnelles prévoit (Art. R. 4341-35.) " - L'orthophoniste doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation adaptée et de moyens techniques suffisants pour assurer l'accueil, la bonne exécution des soins et la sécurité des patients."

Par ailleurs, pour les soins à domicile, l'orthophoniste doit respecter [les règles](#) figurant dans la convention nationale et la NGAP.

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 de l'orthophoniste 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.

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

Cette aide est versée de la manière suivante :

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

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 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 1^o 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.](#)

Conservation des documents

Temps et modalités de conservation des dossiers patients

Un dossier patient peut prendre la forme d'un dossier papier ou informatique. Il doit contenir la prescription, la DAP s'il y en a une, le compte-rendu de bilan, les correspondances avec d'autres professionnels de santé, les éventuelles autorisations/correspondances avec le patient ou son représentant légal.

Les temps de conservation sont les suivants :

- Règle générale : 20 ans à compter de la clôture du dossier
- Si décès : 10 ans à compter du décès du patient
- Pour un patient mineur, si la durée de 20 ans s'achève avant ses 28 ans, la conservation est prorogée jusqu'à cette date

Les dossiers archivés sont propres à l'orthophoniste titulaire.

Il n'existe pas d'archives « communes » au cabinet. En cas de patient ou de patiente en commun et de départ d'un des orthophonistes du cabinet, chaque orthophoniste conservera une copie du dossier.

En cas de départ avec transmission de sa patientèle à un successeur officiel, l'orthophoniste laisse à son successeur l'ensemble de ses dossiers en cours mais également ses dossiers archivés.

Si l'orthophoniste n'a pas de successeur, il emporte l'ensemble de ses dossiers en cours mais également toutes ses archives et ce, même en cas d'exercice en commun au sein du cabinet que ce soit sous la forme d'une société civile de moyens ou avec un contrat d'exercice en commun. Le partant informera ses patients de son départ sans successeur, en leur délivrant une copie de leur dossier ainsi que la liste des orthophonistes aux alentours.

A la fin d'un éventuel contrat de collaboration au sein du cabinet, le collaborateur ou la collaboratrice emportera les dossiers de sa patientèle personnelle constituée pendant la collaboration. La patientèle personnelle du collaborateur ou de la collaboratrice est celle qui n'a pas fait l'objet d'une mise en relation par le ou la titulaire pendant l'exécution du contrat), tous les autres dossiers doivent rester au cabinet du titulaire.

Temps et modalités de conservation des autres documents administratifs

Vous trouverez tous les détails sur les temps de conservation des différents documents dans [L'Orthophoniste de novembre 2024](#)

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 RGPD vise entre autres à renforcer les droits des personnes.

Au sein de votre cabinet, vous êtes concernés car vous recueillez des données personnelles «sensibles» (les données de santé).

Depuis le 25 mai 2018, vous êtes dans un système responsable, ce qui signifie que vous devez

réfléchir aux données que vous traitez, à la raison de leur traitement, aux mesures de sécurité.

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.

Le service juridique de la FNO a rédigé des documents pratiques sur le RGPD, pour réaliser votre registre de données facilement. Ils comprennent également un modèle d'affichage d'information des patients sur la collecte des données, pour votre cabinet.

- Un [registre vierge](#) (format Excel)
- 3 [modèles remplis](#) (format PDF)
- un [modèle d'affichage](#) d'information des patients sur la collecte des données, pour votre cabinet

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 maladie, etc.) et des devoirs (respect de la NGAP, etc.) de la part des orthophonistes signataires.

Prescriptions, ordonnances et accès direct

Ordonnances

Dans la nomenclature, il existe seulement deux types de prescriptions possibles, que ce soit pour un bilan initial ou de renouvellement, que ce soit pour un bilan classique (dit "diagnostic") ou un bilan de prévention et d'accompagnement parental, il s'agit de :

- « **Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire** »
- « **Bilan orthophonique d'investigation** »

La mention "bilan de renouvellement" n'est pas inscrite dans la nomenclature.

Le prescripteur peut ajouter les motivations de la demande de bilan et de tout élément susceptible d'orienter la recherche de l'orthophoniste.

Il n'existe pas de restriction sur la spécialité du médecin prescripteur.

Ordonnance numérique

L'ordonnance numérique vise à dématérialiser le circuit de la prescription, notamment entre les médecins et les professionnels de santé prescrits, notamment dans un objectif de traçabilité. Les médecins sont actuellement en expérimentation dans plusieurs départements pour prescrire via des ordonnances numériques. L'ordonnance numérique reste imprimée, elle comprend le libellé, un QR code et un numéro qui peut être entré manuellement en cas d'impossibilité de lire le QR code.

En tant qu'orthophoniste, nous pourrions lire les ordonnances numériques en scannant le QR code qui apparaîtra sur l'ordonnance papier ou en tapant manuellement les chiffres inscrits en dessous. Nous pourrions également réaliser des ordonnances numériques pour les dispositifs médicaux que nous sommes habilités à prescrire ou renouveler.

La mise en place de l'ordonnance numérique pour les orthophonistes (lecture et rédaction), nécessite d'importantes modifications de nos logiciels métiers, qui seront réalisées dans le cadre du Ségur du numérique, dans le deuxième couloir qui comprend les professions paramédicales. Ces avancées ne sont attendues que dans un certain temps, probablement pas avant la fin de l'année 2026.

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

- ou renouvelées si un bilan de renouvellement est nécessaire alors que la prescription a

moins d'un an, et sauf avis contraire du médecin.

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

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

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.

La DGOS (ministère de la santé) et l'Assurance maladie ont déterminé qu'il fallait être adhérent à la CPTS pour bénéficier de l'accès direct. Cependant, dans certains cas rares, des CPTS ont inscrit dans leur projet de santé que l'accès direct touchait tous les orthophonistes du territoire, dans ce cas c'est possible.

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](#)

Focus 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 plusieurs documents : compte rendu de bilan fonctionnel, bilan par professionnel de santé, plan personnalisé de prévention, prescription de produits de santé.

Les orthophonistes peuvent également, toujours avec l'accord du patient, consulter certains éléments du DMP. Les droits d'accès des différents professionnels de santé sont définis dans la matrice d'habilitation ([lien](#)), ils diffèrent en fonction de la profession.

Lorsqu'un professionnel de santé accède pour la première fois au dossier médical d'un patient, une notification est envoyée sur la boîte mail personnelle du patient.

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 (l'authentification par eCPS n'est pas encore disponible pour les orthophonistes)

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

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

Le DMP fait partie de "Mon espace santé", c'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.

Pour chaque usager, l'espace numérique MES a été ouvert par défaut, sauf si l'usager 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.

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'usager (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.

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 détails sur l'accès direct ici](#)).

L'orthophoniste peut pratiquer trois types de bilans : le bilan diagnostic classique, le bilan d'investigation 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.

Le bilan initial

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
(Compte-rendu de bilan obligatoire)		
<i>Bilan de la déglutition et des fonctions vélo-tubo-tympaniques</i>	26	AMO
<i>Bilan de la phonation</i>	33.98	AMO
<i>Bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité</i>	33.99	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>	34.01	AMO
<i>Bilan de la communication et du langage écrit</i>	34.02	AMO
<i>Bilan de la cognition mathématique (troubles du calcul, troubles du raisonnement logico-mathématique...)</i>	34.03	AMO
<i>Bilan des troubles d'origine neurologique</i>	39.99	AMO
<i>Bilan des bégaiements et des autres troubles de la fluence</i>	40.01	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>	40.02	AMO

Architecture du bilan initial

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>	23.79	AMO
<i>Bilan des fonctions oromyofaciales et de l'oralité</i>	23.79	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>	23.81	AMO
<i>Bilan de la communication et du langage écrit</i>	23.81	AMO
<i>Bilan de la cognition mathématique (troubles du calcul, troubles du raisonnement logico-mathématique...)</i>	23.82	AMO
<i>Bilan des troubles d'origine neurologique</i>	27,99	AMO
<i>Bilan des bégaiements et des autres troubles de la fluence</i>	28,01	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>	28,01	AMO

Architecture du bilan de renouvellement

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 ».

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.

Le BPA ne peut pas être suivi de séances.

A l'issue du bilan de prévention et d'accompagnement parental, l'orthophoniste doit rédiger une note en retour au médecin prescripteur. Il n'existe aucune obligation quant au contenu de cette note. Cette note doit être envoyée par messagerie sécurisée de santé et, si le BPA est effectué en accès direct, intégrée au DMP.

La FNO conseille une forme courte et informative contenant :

- Motif/plainte
- (Antécédents notables)
- Quelques éléments d'observations

- Conseils donnés dans les grandes lignes
- (Orientations vers un autre PS)
- Suite à donner

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

[Vous retrouverez ici plus d'informations sur le BPA](#)
[Modèle de note suite au bilan de prévention et d'accompagnement](#)

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

Suite à l'avenant 21, appliqué le 23 février 2026, les demandes d'accord préalable ne sont plus nécessaires.

Les séances individuelles

Pour les actes suivants (**AMO 9.7 à 9.9**), la séance doit avoir une durée minimale de 20 minutes.

Pour les actes suivants (**AMO 11.4 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
<i>Rééducation des troubles de l'articulation, par séance</i>	9.7	AMO
<i>Rééducation de la déglutition dysfonctionnelle, par séance</i>	9.8	AMO
<i>Rééducation des fonctions vélo-tubo-tympaniques, par séance</i>	9.9	AMO
<i>Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle et des dyskinésies laryngées, par séance</i>	11.4	AMO
<i>Rééducation des dysphagies, par séance</i>	12.8	AMO

Rééducation des troubles des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité, par séance	13.5	AMO
Éducation et rééducation de la voix dans le cadre de pathologies tumorales (dont voix oroœsophagiennes 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
Rééducation des troubles de la communication et du langage oral dans le cadre des troubles du neurodéveloppement (dysphasie), par séance	14	AMO

Pour les actes suivants (**AMO 15.4, 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
Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques, par séance	15.7	AMO
Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neuro-dégénératives, par séances	15.6	AMO
Démutisation, rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	15.4	AMO

Les séances de groupe

Les séances de groupe peuvent inclure de 2 à 4 patients par orthophoniste.

Il est conseillé de constituer des groupes homogènes en termes de gravité des troubles.

La durée minimale d'une séance de groupe est d'une heure.

Ces séances peuvent être organisées en série de 30 séances avec la possibilité de renouveler pour 20 séances supplémentaires. Au-delà de 50 séances de groupe, la réalisation d'un bilan de renouvellement est nécessaire.

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.

Il n'est pas nécessaire d'avoir une ordonnance spécifique pour la rééducation de groupe.

Un bilan doit être réalisé en individuel puis l'orthophoniste peut alors décider en cas de besoin de soins de réaliser de séances individuelles, des séances de groupe ou une alternance de séances individuelles et de séances de groupe.

Cas particulier :

Attention, pour les cotations avec des séries d'acte en 50+50 (AMO 13,8 ; 14 ; 15,4 ; 15,6 ; 15,7)

- Prise en soins alternant séances individuelles et séances de groupe

Le nombre de séances de groupe ne peut excéder 30 séances sur la première série de 50 et 20 séances sur la deuxième série de 50. Vous n'êtes pas obligées d'utiliser les 50 séances de la première série avant de passer à la suivante.

- Prise en soins exclusivement en séances de groupe

Le nombre de séances de groupe ne peut excéder 30 séances sur la première série de 50. Vous devez donc ensuite entamer la deuxième série de 50 sur laquelle 20 séances maximum pourront être réalisées.

Les séances restantes ne peuvent être utilisées. A l'issue de ces 30+20 séances de groupe sur les 100 demandées, un bilan de renouvellement peut être réalisé si vous souhaitez poursuivre les séances de groupe.

Note d'évolution et note de fin de soins

La NGAP mentionne la nécessité de rédiger une note d'évolution au médecin traitant ou prescripteur lors du renouvellement des 50 séances supplémentaires pour les AMO 13,8, 14, 15,7, 15,6 et 15,4.

En outre, il est indiqué dans la NGAP : "À la fin du traitement pour les deux types de bilan orthophonique susvisés, une note d'évolution est adressée au prescripteur".

Ces notes peuvent prendre la forme d'un mail court et informatif envoyé par messagerie sécurisée de santé.

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 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 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).

Le forfait post-hospitalisation (FPH)

Le forfait post-hospitalisation, en cohérence notamment avec le dispositif PRADO AVC (Programme de Retour À 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 et à facturer au moins 30 jours après le début du premier rendez-vous. Il requiert une prise en charge initialement à domicile (si besoin) et pluri hebdomadaire.

Tableau récapitulatif des forfaits

FORFAITS	Codes	Montants	Modalités de facturation	Actes concernés
Majoration pour la prise en charge des enfants de moins de 3 ans	MEO	+6 € par acte de rééducation	- 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 €	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 ET jusqu'au 16 ans inclus : AMO 15,4 AMO 15,7
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 €	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 11,6 AMO 11,7 AMO 11,5 AMO 12,1 AMO 12,2 AMO 12,6 AMO 13,8 AMO 14
Forfait pour la prise en charge des patients en post hospitalisation	FPH	100 €	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^{re} prise en charge * PEC pluri hebdomadaire, à domicile si besoin	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

Modalités

Les soins à domicile doivent se faire dans le cadre d'une prescription avec la mention "à domicile" ou en accès direct sur décision de l'orthophoniste.

Une ordonnance avec la mention "à domicile", ne nous oblige pas à nous déplacer au domicile du patient mais nous en donne la possibilité. Il est donc possible d'alterner des soins à domicile et au cabinet pour un même patient et avec la même ordonnance.

L'orthophoniste doit disposer d'un local lui permettant de pouvoir recevoir un patient si besoin , plus d'informations [ici](#).

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'orthophoniste peut facturer une indemnité de déplacement 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 dans certains cas par l'indemnité forfaitaire spécifique (IFS) ou l'indemnité forfaitaire Neurologique (IFN).

En pratique :

L'IFN (4€) s'applique pour tous les actes 15,6 et 15,7 effectués à domicile, l'IFS (4€) 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 (2,5€) 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=>

Si le trajet comprend deux types de zones différentes, c'est le lieu du cabinet du professionnel de santé qui prévaut.

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

Afin d'accompagner les professionnels qui s'engagent dans des investissements permettant de moderniser et informatiser leur cabinet, la FNO et l'Assurance maladie ont instauré une aide forfaitaire : le FAMI.

Les professionnels peuvent bénéficier d'une rémunération forfaitaire à hauteur de 490€ minimum, dès lors qu'ils valident les 5 indicateurs socles :

- Utiliser un logiciel métier certifié par l'HAS
- Être doté d'une version récente du cahier des charges SESAM-Vitale
- Utilisation SCOR pour la transmission des pièces justificatives numérisée
- Atteindre un taux de télétransmission supérieur à 70% en sécurisé (Attention, l'utilisation du mode dégradé ne correspond pas à une télétransmission sécurisée)
- Disposer d'une adresse de messagerie sécurisée de santé

A cela s'ajoute un indicateur complémentaire (il ne peut être validé si et seulement si les indicateurs sont déjà validés) d'un montant de 100€ :

- Être engagé dans l'exercice coordonné

Ce critère peut être validé en adhérant [à une CPTS, une MSP ou une ESP](#) ou en ayant participé à au moins 4 réunions interprofessionnelles dans l'année (dont les réunions au sein des établissements de santé, des plateformes de coordination et d'orientation, etc).

Indépendamment de tous les critères cités précédemment, peuvent venir s'ajouter 2 indicateurs optionnels :

- Être équipé.e d'une solution complète vidéotransmission sécurisée nécessaire à la réalisation du télésoin (350 euros)

- Avoir acquis ou louer un appareil médical connecté (175 euros). La liste de ces équipements est établie sur avis de la Commission Paritaire Nationale et peut être modifiée chaque année.

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.

 Si vous êtes signataire d'un contrat d'aide à l'installation dans les « zones sous dense », 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.

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

Double prise en charge

Dispositions générales

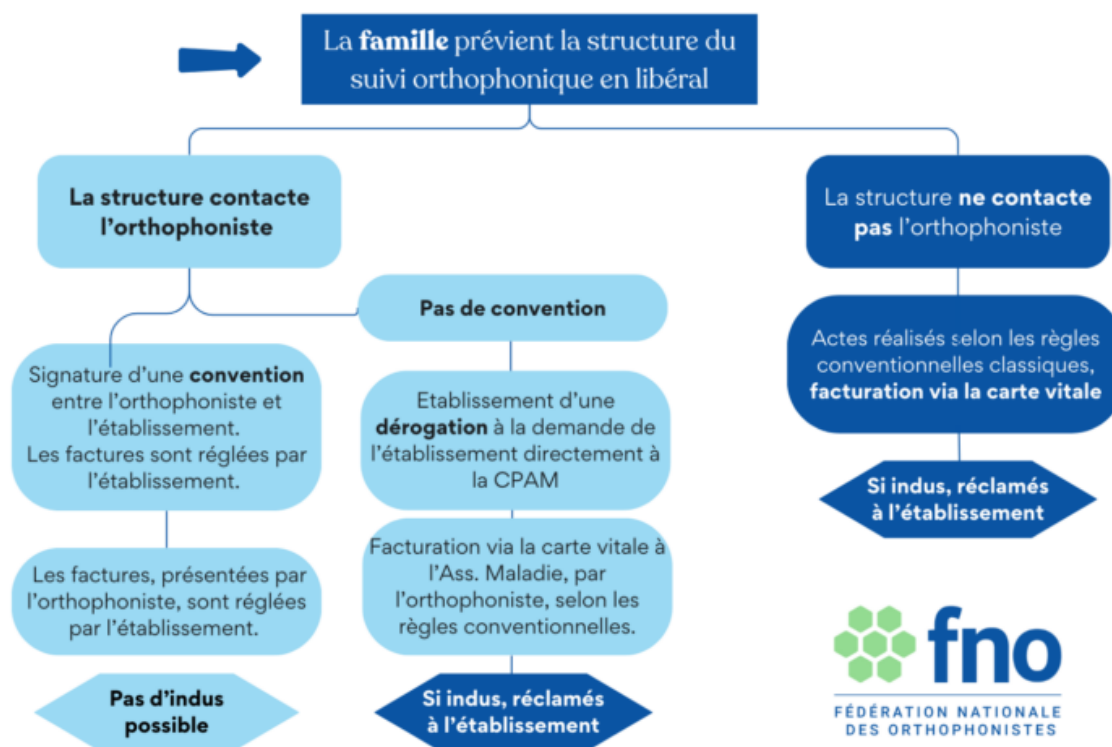
Certaines structures de soins reçoivent une dotation globale de l'Assurance maladie, qui permet de couvrir tous les soins liés au motif d'admission, y compris l'orthophonie. Ce financement est versé même lorsque les postes ne sont pas pourvus. Toutefois, si le patient est suivi en libéral par un ou une orthophoniste qui facture directement à l'Assurance maladie via la carte vitale, cette dernière paye les soins deux fois : une fois à la structure via la dotation, et une autre fois à l'orthophoniste exerçant en libéral.

→ Cela donne lieu à ce qu'on appelle la double prise en charge, qui est en fait une double facturation alors que le patient ne bénéficie que d'un seul soin.

→ Nous sommes dans le cas de la double prise en charge dès qu'une structure perçoit une dotation globale, qu'il y ait une orthophoniste ou non et que le patient soit pris en soins en orthophonie dans la structure ou non.

Lorsque cette situation se produit, il faut théoriquement signer une convention entre la structure et l'orthophoniste, afin que les soins soient payés directement par l'établissement à l'orthophoniste libéral.e. Cependant, il arrive fréquemment que les structures ou les orthophonistes refusent de signer de telles conventions. Dans ce cas, il revient à la structure d'envoyer une demande de dérogation à l'Assurance Maladie.

Vous recevez une patient·e suivi·e dans une structure



L'orthophoniste n'a plus à se demander si l'établissement est ou non en dotation globale
L'orthophoniste n'a plus à gérer les demandes de dérogations
L'orthophoniste ne risque plus de recevoir une réclamation d'indus

Le gouvernement a, conformément à notre demande, inscrit dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, une mesure qui dispose que, le cas échéant, les indus seront dorénavant demandés directement aux structures.

La loi est parue au journal officiel le 28 février 2025, cette mesure est donc applicable depuis cette date.

Pour retrouver la liste des établissements concernés, [cliquez ici](#)

Les conventions

La règle générale est que, si l'objet de soins est en rapport avec le motif d'admission, la structure en dotation globale 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.

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.

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

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

- le numéro ADELI/RPPS 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).

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 : [un modèle de convention](#).

? Faut-il une ordonnance du médecin de la structure dans le cadre d'un conventionnement ?

Non, dans le cadre d'un conventionnement, l'ordonnance peut émaner de n'importe quel médecin. Si vous exercez en accès direct, vous n'avez pas besoin d'ordonnance.

Les demandes dérogatoires

La demande de dérogation est de la responsabilité de la structure. En cas de non respect de la procédure, c'est la structure qui se verra désormais réclamer des indus. Par conséquent, nous n'avons pas besoin de demander de copie de la demande de dérogation, et si la structure reçoit un refus, c'est à elle de nous en informer pour nous proposer alors de signer une convention.

? Faut-il toujours une ordonnance du médecin de la structure dans le cadre d'une dérogation ?

Dans le cadre d'une dérogation, en effet l'ordonnance doit émaner de la structure. Mais c'est à la structure de proposer à l'orthophoniste directement son ordonnance pour pouvoir réaliser la demande de dérogation. Si la structure ne le fait pas, c'est sa responsabilité qui est engagée.

? Si la demande de dérogation est refusée, que dois je faire ?

Dans ce cas, c'est la structure qui recevra la notification de la CPAM. Il faudra alors déterminer si vous signez une convention avec cette structure pour qu'elle vous rémunère directement. C'est à la structure de vous prévenir et d'initier cette démarche.

Si la structure refuse la convention : vous pouvez facturer avec la carte vitale, la structure s'expose alors à des indus

Si vous refusez la convention proposée par la structure, et que la demande de dérogation a été refusée par la CPAM, vous ne pouvez pas facturer les soins à l'assurance maladie. La prise en soins avec ce patient devra donc s'arrêter.

Le cas des CMP

Les CMP sont des établissements du secteur sanitaire, leur cas est particulier. Grâce au travail de la FNO, un décret paru fin décembre 2025 a créé un régime dérogatoire de soins complémentaires permettant la facturation en libéral d'actes prescrits par un CMP lorsque celui-ci ne peut en assurer lui-même la prise en charge. Le CMP envoie alors une DAP à l'Assurance maladie dans un but de coordination des soins.

La règle distingue deux situations.

✓ **Soins libéraux commencés avant l'entrée du patient ou de la patiente en CMP** : La prise en charge peut se poursuivre normalement, avec facturation à l'Assurance maladie ; le CMP adresse à l'Assurance maladie une DAP, uniquement dans un objectif de coordination des soins.

✓ **Suivi en CMP commencé avant les soins en libéral** : L'établissement devient prescripteur des soins orthophoniques libéraux complémentaires ; une DAP doit être adressée par le CMP à l'Assurance maladie ; l'orthophoniste exerçant en libéral n'a pas à effectuer cette démarche administrative.

Vous pourrez retrouver plus d'informations sur [cette page](#).

Les réclamations d'indus

? Y-a-t-il une situation dans laquelle les indus de double prise en charge pourraient être réclamés à l'orthophoniste ?

Dans la mesure où l'orthophoniste respecte les termes de la convention nationale, plus aucun suivi avec un patient en ESMS ne peut aboutir à une demande d'indus à l'orthophoniste. La seule situation où un indu pourrait être réclamé à l'orthophoniste est le cas où l'orthophoniste refuse de signer la convention proposée par la structure et choisit, malgré la volonté de la structure de se mettre en conformité, de facturer les actes à la CPAM.

? Si le patient ne prévient pas la structure du suivi en libéral, est-ce que la structure va tout de même recevoir la réclamation d'indus ?

Oui, il est de la responsabilité de l'établissement de demander si un suivi en libéral est en cours au moment de l'entrée dans l'établissement.

? Est-ce qu'en cas de séances d'orthophonie le même jour qu'un séjour à l'hôpital, les indus seront dorénavant réclamés à l'hôpital ?

Dans ce cadre là, il ne s'agit pas de double prise en charge mais de suspicion de fraude. Des indus pourraient toujours être demandés à l'orthophoniste, mais il faut les contester, soit en justifiant que la séance a eu lieu avant ou après l'hospitalisation, soit en justifiant que le patient vu en orthophonie n'est pas le même que le patient hospitalisé : il peut s'agir du même numéro de sécurité sociale d'assuré s'il s'agit d'ayant droits (enfants), le blocage est alors automatique. L'indu devra être annulé. En cas de problème, vous pouvez envoyer une demande à indus@fno.fr.

La position de la FNO : la défense du salariat

Le soulagement de la victoire au sujet de la récupération des indus aux structures ne doit pas nous faire oublier le vrai problème à la base de ces doubles prises en charge : l'absence d'orthophonistes salariés dans les structures.

Absence qui s'explique principalement par :

- Les salaires qui sont bien loin de ceux espérés après un bac+5
- Les conditions de travail, avec notamment l'absence du statut cadre (au même titre que les psychologues) qui est pourtant logique avec un grade master!
- L'accès difficile à la formation continue

La FNO se doit donc de dénoncer le recours abusif aux conventions, comme elle l'a déjà fait par le passé.

La présence d'orthophonistes dans les structures est indispensable.

C'est pourquoi nous vous proposons un courrier à envoyer aux structures pour dénoncer les conventions et insister sur la plus-value d'avoir des orthophonistes en structures :

- [Modèle de lettre](#) si vous acceptez de signer une convention.
- [Modèle de lettre](#) si vous refusez de signer une convention

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 ;
- les patients doivent être connus de l'orthophoniste réalisant l'acte en télésoin : ils doivent avoir bénéficié d'au moins un acte (bilan ou séance) en présentiel dans les douze mois précédant la réalisation d'un acte en télésoin avec l'orthophoniste réalisant le télésoin

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. Le FTD doit être facturé en association d'un acte réalisé en présentiel.

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

La téléexpertise a pour objet de permettre à un professionnel de santé de solliciter l'avis à distance d'un ou de plusieurs professionnels médicaux (médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes) en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières susceptibles de répondre à la question posée, sur la base d'informations de santé liées à la prise en charge du patient.

Modalités de réalisation

- Le professionnel requis doit être un professionnel médical : médecin, sage-femme ou chirurgien dentiste. Ce professionnel ne doit pas obligatoirement connaître le patient
- Un autre orthophoniste ne peut pas être requis
- L'échange se fait en asynchrone (mail avec pièce jointe pour analyse) via un outil sécurisé de santé
- Il faut avoir obtenu le consentement du patient et/ou de son responsable légal

Modalités de facturation

- L'acte de demande de téléexpertise est valorisé à hauteur de 10 euros (lettre clé RQD)
- Dans la limite de 2 actes/an par orthophoniste et pour un même patient.
- Il n'est pas nécessaire d'avoir obtenu une réponse pour pouvoir facturer.

Votre mail d'orthophoniste requérant doit obligatoirement contenir :

- une présentation de la situation
- une question
- un document à analyser (photo, vidéo, audio, compte-rendu, note clinique, etc)
- les informations administratives de l'orthophoniste (numéros ADELI ou RPPS) et du patient (identité, date de naissance et NIR).

La FNO propose à ses adhérents [une fiche pratique](#) à transmettre en pièce jointe lors de la télé-expertise. Elle est à destination du professionnel médical requis afin de lui décrire la procédure et les obligations en tant que médecin requis.

[Plus d'informations sur la téléexpertise ici](#)

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 atteste le paiement par sa signature.

Il ne donne cette attestation 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).

Cette attestation peut être donnée 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 (ou 10% pour les affiliés du régime local d'Alsace-Moselle) 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, en cas d'exercice sous prescription, celle-ci précise ce cadre de l'ALD. En cas d'accès direct, l'orthophoniste détermine si l'ALD du patient concerne les soins orthophoniques.

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 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 de 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.

Cas des patients en C2S

Avec la Complémentaire santé solidaire, les dépenses de santé de l'usager sont prises en charge par les organismes d'assurance maladie et l'organisme gestionnaire de la Complémentaire Santé Solidaire. Elle est destinée aux foyers aux revenus modestes et peut couvrir tout le foyer. Elle est gratuite ou coûte moins d'1€ par jour par personne, selon les revenus du foyer.

Les patients couverts par la CSS doivent obligatoirement bénéficier du tiers-payant généralisé pour leurs soins, tout comme les patients en Affection longue durée.

La difficulté principale lorsque les patients ont la CSS est la situation où la CSS prend fin en cours de traitement. Il arrive alors que des patients se retrouvent sans couverture pour la part Assurance Maladie Complémentaire (mutuelle), qui couvre 40% des dépenses d'orthophonie.

La circulaire DSS/SDFGSS n° 2000-424 du 21 juillet 2000 précise les règles de prise en charge pour les personnes entrant et sortant du dispositif de la couverture maladie universelle complémentaire, notamment pour les actes en série".

Pour un patient dont la prise en charge a commencé et qui perdrait ses droits à la CSS en cours de traitement, l'orthophoniste est autorisée à continuer à facturer à la CSS en fonction de la date de référence (si la date de référence était comprise dans la date de validité de la CSS, l'orthophoniste continue à facturer à l'Assurance maladie) :

	Date de référence
Actes réalisés sous prescription médicale	Date de la prescription
Actes en accès direct	Date de l'acte

Dans la plupart des CPAM, l'arrêt de la CSS entraîne des rejets automatiques. Si les actes sont effectués sous prescription médicale, il faut alors consulter la CPAM pour que le paiement soit réalisé manuellement pour tous les soins à venir.

Si, à l'inverse, votre patient acquiert les droits à la CSS en cours de traitement, celle-ci est immédiatement applicable. Vous devez alors appliquer le tiers-payant généralisé et la CPAM doit alors, dès le premier jour d'acquisition des droits CSS, rembourser les soins orthophoniques en totalité.

Si vous exercez en accès direct, nous vous recommandons de facturer à l'acte et d'activer la fonction Adri sur votre logiciel qui vous permet de vérifier les droits de vos patients à la date de l'acte.

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.

La dématérialisation des ordonnances (SCOR) permet d'éviter les envois papier lors de la facturation d'un bilan, des séances réalisées (depuis la suppression de la DAP dans les avenants 20 et 21) ou lors de la facturation en mode dégradé.

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 SCOR ou par courrier et dans le plus court délai possible, à la caisse d'assurance maladie concernée qui recevra et traitera cet envoi.

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.

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.

ALDi

L'ALDi est un téléservice de l'Assurance maladie, accessible aux professions médicales, qui permet de connaître la cause de l'ALD d'un patient, celle-ci n'apparaissant pas sur la carte vitale du patient.

Compte tenu de l'exercice des orthophonistes en accès direct, il est indispensable de pouvoir identifier la cause de l'ALD, afin de savoir si elle est liée ou non à la prise en soins orthophonique.

Suite à une demande de l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) à la CNAM pour permettre à tous les professionnels de santé d'accéder à ce téléservice, Il est maintenant possible pour les orthophonistes en se connectant avec leur carte CPS à leur compte ameli-pro d'y accéder. Pour ce faire, il faut lire la carte vitale ou entrer l'INS du patient puis via l'encart « services patients », il est possible d'accéder à l'origine de son ALD. Attention cet accès n'est possible que si vous vous identifiez par votre carte CPS ! Si vous accédez à votre compte en complétant votre identifiant et

vosre mot de passe, ce service n'est pas accessible.

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). Un lecteur spécifique, relié à nos logiciels métiers, sera nécessaire.

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

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 exceptionnel (DE)

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 DE 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).

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

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).

Une seule carte CPS peut être attribuée à un professionnel de santé. Elle peut contenir jusqu'à 8 situations 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 n'avez pas reçu de nouvelle carte CPS depuis octobre 2024, votre carte CPS est encore rattachée à votre numéro ADELI. Elle sera remplacée par une carte CPS rattachée à votre numéro RPPS lorsque :

- votre carte arrivera à expiration
- si vous déclarez un changement de situation
- si vous déclarez la perte ou le vol de votre carte
- en cas de modification de vos informations via le portail eRPPS.

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.

Il convient de vérifier les coordonnées enregistrées sur le [portail d'enregistrement eRPPS](#) afin d'éviter un envoi de la carte CPS à une adresse obsolète lors de son renouvellement.

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 la 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>

La 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. Malheureusement, des problèmes persistent et la eCPS ne nous permet pour l'instant pas de s'identifier via Amelipro ni via dmp.fr. Dans ce cas, une identification par carte CPS est nécessaire. Nous travaillons avec l'ANS afin de permettre cette identification dès que possible. En revanche, la eCPS vous permet déjà de vous connecter via Mailiz.

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.

L'EXERCICE COORDONNÉ

Alors que notre profession est depuis toujours engagée dans la transmission d'informations notamment avec la rédaction et l'envoi du compte-rendu de bilan, qui constitue la première brique de la coordination, la volonté des instances de formaliser des procédures d'échanges, de communication entre professionnels de santé est apparue. La prévention primaire, l'articulation entre les professionnels de santé ou la rationalisation des dépenses de santé sont autant de facteurs encourageants pour aller dans la voie de l'exercice coordonné dit structuré.

De nombreux acronymes liés à la coordination sont apparus dans le milieu de la santé ces dernières années. MSP, CPTS, ESP, ESCAP, ils décrivent les diverses formes d'exercice coordonné structuré tels que prévus par le Code de la santé publique. Ces mots résonnent de plus en plus dans les communications du Ministère de la Santé, de l'Assurance Maladie ou parfois de la FNO.

De nombreux orthophonistes sont acteurs au sein des CPTS et des MSP, notamment au niveau des bureaux (plusieurs sont présidents de CPTS) ou au niveau des CA.

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 coordonnée 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) ;
- Proposer des parcours de soins pluridisciplinaires ;
- Mettre en place des actions de prévention ;
- Répondre aux crises sanitaires graves.

La CPTS n'a pas vocation à proposer le parcours de soins d'un patient spécifique mais à organiser une coordination avec les partenaires présents sur son territoire (tels que les établissements hospitaliers, les établissements de santé, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), les acteurs

de prévention et de promotion de la santé etc.) afin d'apporter des solutions pour l'ensemble du territoire. Il s'agit de co-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, en fonction de la taille du bassin de vie.

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). Elles ne nécessitent pas de cadre juridique.

Grâce à son projet de santé, l'ESP pourra effectuer davantage de prévention et réduire les inégalités sociales et territoriales en santé en favorisant des parcours de soins adaptés

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 de santé ayant pour objet l'amélioration de la prise en charge et des parcours de soins 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). Il 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 celle de leur 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 pluridisciplinaire est constituée d'au moins deux médecins généralistes et un professionnel paramédical au sein d'un même lieu, même si des MSP multi sites (hors les murs)

existent également. 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. Lorsque le label MSP est validé, la SISA perçoit 100 000€ de Fonds d'Intervention Régionale (FIR) par l'Agence Régionale de Santé (ARS), puis des fonds annuels versés dans le cadre des Accords Conventionnels Interprofessionnels (ACI) MSP par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) en contrepartie du respect de certaines obligations.

Tout comme les CPTS, les MSP ont des indicateurs socles : la permanence et la continuité des soins (amplitude horaire de 8h à 20h en semaine ainsi que le samedi matin par les praticiens, un secrétariat physique ou téléphonique), effectuer des réunions de concertations régulières pour dialoguer au sujet des soins des patients en ALD, effectuer des missions de santé publique et de prévention, former des stagiaires et utiliser un outil commun de communication interne.

Le projet de santé de la MSP doit être compatible avec les orientations des schémas régionaux. 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 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. Les ESCAP n'entrent pas en concurrence avec les autres structures telles que les CPTS, MSP ou ESP et constituent une première étape vers l'exercice coordonné. Leur objectif est de coordonner les soins autour des besoins spécifiques du patient afin de réduire les risques d'hospitalisation par exemple et de favoriser un parcours de soins adapté. Le patient ou la patiente a le libre choix des professionnels de santé qui l'accompagnent.

Tout professionnel de santé peut enclencher la constitution d'une ESCAP grâce au remplissage d'une grille d'inclusion qui déterminera si le patient peut l'intégrer, si le patient fait partie des 4 types de pathologies suivantes : patients polypathologiques chroniques de plus de 65 ans, ayant fait un AVC et hospitalisé depuis moins d'un an, en soins palliatifs ou dans le cadre d'un diabète de type 1 ou 2 sous insuline.

L'ESCAP devra être constituée nécessairement du médecin traitant et d'au moins deux autres professionnels de santé conventionnés.

Pour cela, un forfait annuel de 100€ dès que le professionnel est impliqué dans 5 ESCAP est attribué, ainsi qu'une aide forfaitaire de 100€ par an pour l'acquisition et l'utilisation d'un outil de communication.

[Retrouvez plus d'informations sur l'exercice coordonné ici](#)

LES RELATIONS AVEC L'ÉDUCATION NATIONALE

Projet d'accompagnement personnalisé (PAP) et grille d'impact résiduel

La note au sujet des PAP et des aménagements d'examen

En mai 2025, les Assises de la santé scolaire ont acté que le Plan d'accompagnement personnalisé (PAP) mis en place en milieu scolaire, ne nécessitera plus d'avis médical, afin de dégager du temps pour les examens cliniques des élèves. Bien que le décret d'application soit prévu pour la rentrée 2026, de nombreux établissements appliquent déjà cette mesure.

Dans un contexte flou persistant sur le rôle des orthophonistes dans le cadre du PAP, cette évolution est l'occasion de préciser le contour de nos missions. Après consultation du conseil d'administration fédéral de la FNO, un courrier a été rédigé pour clarifier la place des orthophonistes dans la coordination entre le patient, sa famille et l'Éducation nationale.

Nous vous invitons si nécessaire à le transmettre à vos interlocuteurs locaux.

Vous trouverez le courrier [en cliquant ici](#)

Ce courrier reprend les points suivants :

- L'orthophoniste est habilité à poser le diagnostic des troubles spécifiques du langage et des apprentissages
- Il ou elle peut éclairer l'équipe éducative sur les impacts du trouble, notamment via une grille d'impact ou des échanges directs.
- Le bilan orthophonique est un document médical confidentiel : son intégralité ne peut être exigée pour un PAP ; une attestation de diagnostic suffit.
- Il est injustifié d'exiger des bilans récents répétés pour confirmer un diagnostic durable.
- L'orthophoniste participe à une démarche de collaboration avec la famille et l'école, sans prescrire d'aménagements pédagogiques.

La grille d'impact résiduel

Nous avons également élaboré en collaboration avec la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO), la grille d'impact résiduel que vous pouvez utiliser dans le cadre des demandes d'aménagements.

Cette grille est à remplir sur le temps d'une séance avec l'accord, la présence et la coopération du patient et des parents.

Elle peut permettre aux parents de ne pas transmettre le CRBO, évite la rédaction d'une note d'évaluation ou la réalisation d'un bilan de renouvellement en dehors des besoins du suivi.

C'est un outil de communication entre l'orthophoniste et l'équipe éducative qui permet la transmission d'informations sur les répercussions fonctionnelles du trouble sans divulgation de données médicales, tout en permettant :

- une meilleure compréhension du fonctionnement de l'enfant
- une meilleure identification des besoins de l'enfant

Cependant, l'orthophoniste décide, en toute autonomie de remplir ou non cette grille, cela ne doit pas être une obligation formulée par l'éducation nationale.

[Retrouvez ici la Grille d'impact résiduel](#)

Retrouvez toutes les informations sur son utilisation [ici](#)

Les sorties pour soins sur le temps scolaire

Cadre légal

Dans certaines communes, des orthophonistes rencontrent des difficultés pour faire venir des patients au cabinet sur le temps scolaire.

Les prises en soins sur le temps scolaire sont nécessaires, légitimes et pertinentes dans le cadre du projet thérapeutique du patient en fonction de son âge, de son trouble et de sa fatigabilité, dans une logique organisationnelle du cabinet professionnel mais aussi dans une vision globale du système de santé pour améliorer l'accès aux soins.

[Circulaire no 97-178 du 18 septembre 1997](#)

*"Les sorties individuelles d'élèves pendant le temps scolaire, pour recevoir en d'autres lieux des soins médicaux spécialisés ou des enseignements adaptés, ne peuvent être autorisées par le directeur d'école que **sous réserve de la présence d'un accompagnateur**, parent ou personne présentée par la famille, selon des dispositions préalablement établies. Dans tous les cas, l'élève est remis par l'enseignant à l'accompagnateur et au retour, ce dernier le raccompagne dans sa classe"*

Ce manque de moyens humains est souvent évoqué par le directeur ou la directrice pour s'opposer aux sorties sur le temps scolaire.

Néanmoins, [dans une circulaire de 2002 parue au Bulletin officiel du Ministère de l'Education nationale concernant la "mise en oeuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un troubles spécifique du langage oral ou écrit"](#) on peut lire :

*« dans une classe ordinaire, conjuguant une adaptation de l'enseignement avec des interventions des membres du réseau d'aides spécialisées (RASED) et un suivi par les médecins de l'éducation nationale en lien avec des dispositifs d'accompagnement médico-social, ou encore des professionnels libéraux. Dans ce contexte, **il n'y a pas lieu de s'opposer à des soins ou à des rééducations extérieurs à l'école pendant le temps scolaire**. En effet, il peut être nécessaire d'aménager, selon les besoins, les horaires scolaires pour concilier, dans l'intérêt de l'enfant, scolarisation et interventions spécialisées. »*

Procédure en cas de refus de sortie sur temps scolaire

En cas d'opposition de l'école à une sortie sur le temps scolaire, l'orthophoniste ne peut pas intervenir directement auprès de l'établissement, c'est aux parents d'effectuer les démarches. Néanmoins, nous pouvons accompagner et conseiller les parents.

C'est dans ce but que la FNO met à disposition des orthophonistes adhérents un modèle de courrier. Celui-ci est à envoyer en premier intention au directeur ou à la directrice de l'école avec éventuellement le soutien de l'association des parents d'élèves de l'établissement.

Si l'école reste sur sa position initiale, les parents pourront envoyer un courrier au directeur ou à la directrice d'Académie dans un second temps.

- [Modèle de courrier pour le directeur ou la directrice d'école](#)
- [Modèle de courrier pour le directeur ou la directrice d'académie](#)

Intervention sur le lieu de vie du patient - Protocole d'accord

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 protocole d'accord :

- Étend la notion de domicile aux lieux d'accueil des enfants et des adultes en situation de handicap (crèche, domicile des assistants maternels, écoles, lieux de formation pour adultes...). Il est donc nécessaire, hors accès direct, d'avoir une ordonnance précisant "à domicile" et les indemnités de déplacements sont facturables,
- Concerne exclusivement les patients avec à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 50 %,
- Ne permet pas l'installation de cabinets d'orthophonie au sein de l'école,
- Permet une intervention orientée vers le milieu de vie du patient.

L'intervention dans le cadre de ce protocole d'accord est décidée en autonomie par l'orthophoniste et avec concertation avec la famille si l'intervention en milieu de vie s'avère pertinente ; ni l'équipe pédagogique ni la famille ne peut l'imposer.

La possibilité pour l'orthophoniste d'intervenir au sein de l'école doit parfois faire l'objet d'une autorisation préalable par le directeur.

Equipe de suivi et de scolarisation

Les orthophonistes reçoivent régulièrement des invitations aux réunions d'équipe de suivi de scolarisation ou aux réunions d'équipe pédagogique.

Il n'est actuellement pas possible de facturer une séance à l'Assurance maladie pour cette participation à une réunion.

Cependant, à compter de la déclaration du FAMI pour l'exercice 2026 qui aura lieu en mars 2027, il sera possible, grâce à l'avenant 21 d'être indemnisé à hauteur de 69 euros/réunion dans la limite de 5 par an.

Les réunions en présentiel comme en visioconférence sont éligibles à ce nouvel indicateur FAMI.

RÉGULATION, ORIENTATION ET DÉPISTAGE

La régulation téléphonique via allo-ortho.com (PPSO)

La Plateforme de prévention et soins en orthophonie (PPSO) est un système de prévention, de régulation des demandes de soins et d'organisation de la réponse de soins.

Elle a développé un site internet de prévention grand public : allo-ortho.com qui regroupe plusieurs centaines d'articles (disponibles également en audio) ainsi que des vidéos répondant aux questions des usagers sur la nécessité ou non de consulter un orthophoniste. Ces articles et vidéos sont conçus par des orthophonistes.

Sur ce site, les usagers ont également la possibilité d'accéder à un dispositif de régulation téléphonique par un orthophoniste qui, après un entretien, détermine la nécessité ou non de réaliser un bilan orthophonique.

Les usagers qui le souhaitent sont ensuite inscrits directement sur une liste d'attente commune (LAC) aux orthophonistes de leur secteur. En attendant d'avoir accès à un rendez-vous, ils peuvent bénéficier de conseils de prévention personnalisés à 3 et 6 mois post-régulation.

Ce système de régulation permet de limiter le renoncement aux soins et de répondre rapidement aux inquiétudes des usagers en leur proposant des conseils de prévention personnalisés. Il permet également d'alléger les orthophonistes en libéral de ce temps de gestion des demandes.

Il est également possible pour les usagers qui le souhaitent de s'inscrire directement sur la LAC sans régulation préalable.

Dépistage scolaire en petite section de maternelle (dispositif DP20)

La FNO (Fédération nationale des orthophonistes) en association avec le SNAO (Syndicat national autonome des orthoptistes) a négocié avec l'Assurance Maladie la mise en place d'une action de dépistage en milieu scolaire à destination des enfants de petite section de maternelle. Ce dépistage a pour vocation d'informer et de mobiliser les acteurs principaux accompagnant le développement de l'enfant : les parents ainsi que les professeurs de l'Education nationale. Ainsi cette action s'accompagne d'une session de formation des professeurs de l'Education nationale sur le développement du langage, de la vision, les signes d'alerte d'un développement atypique ou retardé et l'utilisation de l'outil de dépistage DPL-3 (Coquet, Maetz, Ortho Édition), ainsi que d'une session de sensibilisation des parents.

Ces deux modules sont animés par des orthophonistes et des orthoptistes, directement rémunérés par les CPAM (Caisses primaires d'Assurance maladie) participantes.

Quatre partenaires sont donc réunis autour de ce projet : l'Assurance maladie, l'Éducation nationale, les parents et les professionnels de santé orthophonistes et orthoptistes.

Ce dispositif est en cours de déploiement, plusieurs dizaines de départements sont déjà concernés et la totalité du territoire devrait être couvert d'ici septembre 2027 (hors territoire couvert par les dépistages PMI).

PROTECTION ASSURANTIELLE SOCIALE ET DES ORTHOPHONISTES CONVENTIONNÉS

Les cotisations sociales obligatoires

L'exercice libéral des orthophonistes implique le paiement de cotisations sociales à divers organismes. Ces contributions ouvrent droit à une couverture sociale (maladie, maternité, retraite, invalidité-décès) et sont réparties entre la CARPIMKO et l'URSSAF.

Vous pouvez simuler votre taux de cotisation (CARPIMKO et URSAFF) grâce à ce simulateur de l'URSAFF : <https://mon-entreprise.urssaf.fr/simulateurs/profession-liberale/auxiliaire-medical>

Carpimko : retraite et régime invalidité décès (RID)

La **CARPIMKO** (Caisse Autonome de Retraite et de Prévoyance des Infirmiers, Masseurs-Kinésithérapeutes, Pédicures-Podologues, Orthophonistes et Orthoptistes) gère la retraite et le régime invalidité-décès.

Vous cotisez à quatre régimes obligatoires, dont les cotisations sont forfaitaires et/ou proportionnelles aux revenus.

Pour rappel :

- Le régime de base : retraite (trimestres - points)
- Le régime complémentaire : retraite (points)
- L'ASV : retraite (points)
- Le régime Invalidité-Décès : prévoyance

Régime de base	Régime Complémentaire	Avantage vieillesse social	Régime décès Invalidité
Selon votre revenu d'activité : ● 1^{ère} tranche : 8,73% entre 0 et 48 060 € + ● 2nd tranche : 1,87% sur les revenus compris entre 0 et 240 300 €	● Cotisation proportionnelle à l'assiette sociale (entre 0,5 et 3 Pass), soit entre 2 091 € et 12 544 € pour 2026. Taux de 8,70 %	● Cotisation forfaitaire globale de 671 €, soit : 224 € part adhérent, 447 € par CPAM + ● Cotisation proportionnelle à l'assiette sociale conventionnée 2025 : 0,40% Cotisation forfaitaire : 1 022 €	Cotisation forfaitaire : 1 022 €

*PASS : * Plafond annuel de la Sécurité sociale 2026 : 48 060 €

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

Pour plus d'informations sur vos cotisations CARPIMKO [cliquez ici](#)

Je suis en arrêt de travail et pris en charge par le RID de la Carpimko. Puis-je bénéficier d'une exonération de cotisations ?

Non, depuis le 1er janvier 2025, la cotisation forfaitaire du régime invalidité décès (1 022 € en 2026) est due par tous les affiliés, y compris ceux bénéficiant des prestations du régime invalidité décès, au même titre que la cotisation retraite de l'ASV qui est due pour les affiliés conventionnés.

J'estime que mes revenus vont fortement évoluer, à la hausse ou à la baisse, au cours de l'année

Face à une variation du revenu, à la hausse ou à la baisse, il est possible d'anticiper la régularisation annuelle des cotisations du régime de retraite de base et d'adapter le montant de vos prélèvements en déclarant un "revenu estimé".

Pour obtenir une modification de l'échéance du mois suivant, vous devez déclarer un revenu estimé avant le 10 du mois en cours, uniquement par le service en ligne sur votre [Espace Personnel](#).

URSSAF : assurance maladie et allocations familiales

L'URSSAF est en charge de la collecte des cotisations destinées à financer :

- **L'assurance maladie** : couverture des frais médicaux en cas de maladie ou accident.
- **Les allocations familiales** : aide financière pour les familles des professionnels libéraux.
- **Indemnités journalières** : versement (du 4ème au 90ème jour)
- **Les URPS** : union régionale des professionnels de santé

Retrouvez toutes les informations sur les taux de cotisations ici : <https://www.urssaf.fr/accueil/outils-documentation/taux-baremes/taux-cotisations-pam.html>

Tableau des cotisations sociales dues par le auxiliaires médicaux (1 ^{er} janvier 2026)	
Assurance maladie sur l'assiette de participation de la CPAM	
Pour les revenus inférieurs à 19 224 €	0 %
Pour les revenus compris entre 19 224 € et 144 180 €	Taux progressif : entre 0 % et 8,50 %
Pour les revenus supérieurs à 144 180 €	6,50 %
Prise en charge assurance maladie	Taux progressif : entre 0 % et 8,40 %
Assurance maladie sur le reste du revenu d'activité non salarié	
Pour les revenus inférieurs à 19 224 €	3,25 %
Pour les revenus compris entre 19 224 € et 144 180 €	Taux progressif : entre 3,25 % et 11.75%
Pour les revenus supérieurs à 144 180 €	9,75 %
Allocations familiales	
Pour les revenus inférieurs à 52 866 €	0 % du revenu d'activité non salarié
Pour les revenus compris entre 52 866 € et 67 284 €	Taux progressif : entre 0 % et 3,10 % du revenu d'activité non salarié
Pour les revenus supérieurs à 67 284 €	3,10 % du revenu d'activité non salarié
Contributions sociales	
<u>CSG-CRDS</u>	9,70 % du revenu d'activité non salarié (sauf revenus de remplacement) + cotisations personnelles obligatoires
Contribution aux unions régionales des professionnels de santé (Curps)	0,10 % du revenu d'activité non salarié dans la limite de 240 € pour 2026
Contribution à la formation professionnelle (<u>CFP</u>)	0,25 % ⁽¹⁾ du plafond annuel de la Sécurité sociale soit 120 € ⁽¹⁾ Si votre conjoint a opté pour le statut de conjoint collaborateur, le taux est de 0,34 %
Indemnités journalières	
Taux de cotisation	0,3% sur une assiette minimale de 40% du PASS et maximale de 3 PASS

*PASS : * Plafond annuel de la Sécurité sociale 2026 : **48060€**

Bases de calcul forfaitaire annuel (début d'activité)

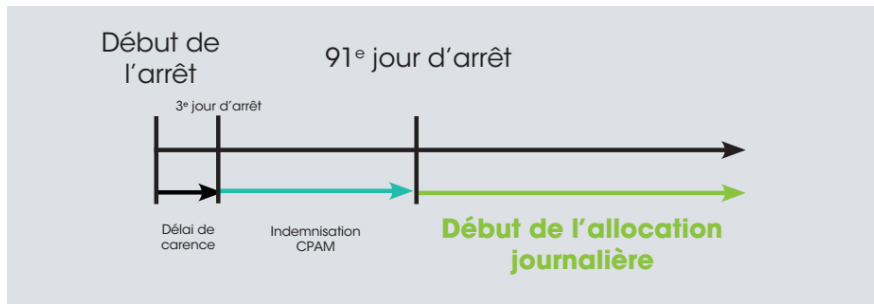
À compter de la date de votre début d'activité, vous êtes redevable de cotisations auprès des

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.

Les prestations sociales durant l'activité professionnelle

Indemnités journalières pour maladie ou accident



CPAM

Les conditions d'indemnisation

- Relever du régime d'assurance maladie des PAMC.
- Etre affilié depuis au moins 12 mois au titre d'une activité non salariée au début de l'arrêt de travail (si le PAMC exerçait précédemment une 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).
- L'arrêt de travail doit être transmis à la CPAM sous 48 heures.
- En cas d'hospitalisation, le bulletin de sortie ou de présence doit également être transmis.
- 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

- Délai de carence de 3 jours*
- Indemnisation du 4ème au 90ème jour
- Le nombre maximal de journées indemnisées sur une période de 3 ans est fixé à 360.

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

- *prolongation de l'arrêt de travail ou reprise d'activité de 48 heures maximum entre la fin de l'arrêt initial et le début de l'arrêt de prolongation*
- *Arrêt en lien avec une ALD : le délai de carence est retenu uniquement pour le premier arrêt de travail (valable sur une période de 3 ans)*
- *Arrêt dérogatoire (isolement cas contact et patient zéro durant la crise sanitaire...).*

Calcul des indemnités

Le montant de vos IJ est calculé à partir de la moyenne de vos revenus cotisés sur les 3 années civiles qui précèdent votre arrêt de travail. Il équivaut à 50% de cette moyenne (soit 1/730e).

Il existe toutefois une indemnisation plancher pour les professionnels libéraux dont les revenus sont égaux ou inférieurs à 40 % du PASS (plafond annuel de la Sécurité sociale). De la même manière, l'IJ ne pourra pas excéder 1/730ème de 3 PASS.

Avec un PASS de 48 060 € brut en 2026, le montant des IJ est ainsi compris entre 26,33 € et 197,50 € brut.

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

Carpimko : incapacité de travail

Les conditions d'indemnisation

- Etre à jour de toutes vos cotisations CARPIMKO, y compris les majorations de retard
- Faire la demande dans les 6 mois à compter du 1er jour de votre arrêt initial ; la demande est à faire sur son espace personnel ; à présent tous les formats de documents sont acceptés , y compris les photos.
- L'allocation peut être totale ou partielle (voir mi-temps thérapeutique)

Point de départ et durée d'indemnisation

- à partir du 91ème jour d'arrêt et au plus tard jusqu'au dernier jour de la 3eme année d'incapacité

Calculs des indemnités

- Allocation journalières : 55,44€/ jour
- majorations possibles : 8,06€/jour par descendant à charge et 20,16€ pour tierce personne
- En cas de reprise d'activité à des fin thérapeutiques : 55,44 €/jour pendant 3 mois 27,72€/jour pendant 6 mois maximum.
- En cas de reprise d'une activité partielle : 27,72 €/jour

Retrouvez plus d'informations : [cliquez ici](#)

Maternité

Les orthophonistes libérales bénéficient de prestations maternité spécifiques : indemnités journalières forfaitaires, allocation forfaitaire de repos maternel et prise en charge partielle des frais médicaux, sous conditions fixées par la CPAM.

Vous trouverez toutes les informations dans [le carnet de l'assurance maladie destinées aux futurs parents auxiliaires médicaux conventionnés](#).

La FNO met à disposition une fiche pratique "accueil d'un enfant" : [la fiche pratique](#).

L'allocation forfaitaire du repos maternel d'une orthophoniste libérale

Les conditions d'indemnisation

- Pas d'obligation de cessation d'activité

Montant

- Montant de l'allocation forfaitaire de repos maternel : 3377 €.

Versement

- Première moitié à la fin du 7e mois de grossesse
- Seconde moitié après l'accouchement (si l'accouchement a lieu avant la fin du 7e mois de grossesse, l'allocation est versée en une seule fois).

Formalités

- Adressez un certificat d'accouchement à votre caisse d'Assurance Maladie.

L'indemnité journalière forfaitaire de l'orthophoniste non salarié

Les conditions d'indemnisation

- Cessation de toute activité durant le congé maternité (minimum 8 semaines dont 2 avant l'accouchement)

Durée du congé

La durée varie selon le nombre d'enfants que vous attendez et le nombre d'enfants déjà à votre charge:

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)
Congé global				
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 prénatal/postnatal				
Durée minimale du congé prénatal	2 semaines	2 semaines	2 semaines	2 semaines
Durée maximale du congé prénatal	6 semaines	8 semaines	12 semaines	24 semaines
Durée maximale du congé postnatal	10 semaines	18 semaines	22 semaines	22 semaines

Montant

- Montant de l'indemnité journalière forfaitaire : 64,52 € par jour.

Formalités

Adressez à votre caisse d'Assurance Maladie:

- une déclaration sur l'honneur attestant de votre cessation de toute activité rémunérée
- un certificat médical attestant de la durée de votre arrêt de travail.

Congé pathologique de l'orthophoniste libérale

En cas d'état pathologique résultant de la grossesse et sur prescription médicale, l'indemnité journalière forfaitaire de l'orthophoniste libérale, peut être versée au cours de la période prénatale pendant une durée supplémentaire ne dépassant pas 2 semaines.

Le cumul des IJ assurance maladie et des IJ versées par la carpimko n'est pas possible.

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'exercice mixte

Pour les professionnels libéraux exerçant à titre principal* leur activité libérale, il est possible de cumuler les indemnités maternité du régime salarié avec celles du régime des praticiens conventionnés.

**Activité salariée inférieure à 1 200 heures et revenus de l'exercice conventionné supérieur à ceux de l'activité salariée*

Les conditions d'ouverture de droits 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

Paternité ou accueil d'un enfant

Vous pouvez percevoir une indemnité journalière forfaitaire lors d'un congé de paternité ou d'accueil d'un 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.

Vous trouverez toutes les informations dans [le carnet de l'assurance maladie destinées aux futurs parents auxiliaires médicaux conventionnés](#).

La Fno met à disposition une [fiche pratique "Demande de congé paternité/maternité : que faire ?"](#).

Conditions d'indemnisations :

- cesser toute activité professionnelle pendant la durée du congé
- justifier de 10 mois d'affiliation à la date de début du congé de paternité ou de d'accueil de l'enfant

Durée du congé :

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 7 jours, qui doit débuter le jour de la naissance de l'enfant ;
- une seconde période de 18 jours en cas de naissance simple ou de 25 jours en cas de naissances multiples. Cette seconde période de congé n'est pas obligatoire et peut être fractionnée en trois parties dont la plus courte est au moins égale à 5 jours. Elle doit débuter

dans un délai de 6 mois à compter de la naissance de l'enfant.

Montant les indemnités : 65,84 €/jour au 1er janvier 2026

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.

Adoption

Le praticien ou auxiliaire médical peut bénéficier de 2 prestations : une allocation forfaitaire de repos maternel et des indemnités journalières forfaitaires.

Allocation forfaitaire de repos maternel

L'allocation forfaitaire de repos maternel est égale à 2 002,50 € au 1er janvier 2026

Elle est versée à la date de l'arrivée de l'enfant dans votre foyer.

Indemnités journalières forfaitaires

Des indemnités journalières forfaitaires sont versées pour chaque jour de cessation d'activité professionnelle, dans la limite des durées légales de congé.

Le montant de l'indemnité est de 65,84 € au 1er janvier 2026.

La durée maximale est la suivante :

Nombre d'enfant adopté	Adoptant seul	Couple qui adopte
Adoption d'1 enfant	12 semaines soit 84 jours	12 semaines + 25 jours soit 109 jours

Adoption d'1 enfant portant à 3 ou plus le nombre d'enfants dont l'assuré ou le foyer a la charge	19 semaines et 3 jours soit 136 jours	19 semaines et 3 jours + 25 jours soit 161 jours
Adoption de 2 enfants	25 semaines et 3 jours soit 178 jours	25 semaines et 3 jours + 32 jours soit 210 jours
Adoption de 3 enfants ou plus	34 semaines et 3 jours soit 241 jours	34 semaines et 3 jours + 32 jours soit 273 jours

Pour plus d'informations : [cliquez ici](#)

Mi-temps thérapeutique

Au-delà de 3 mois d'arrêt de travail, soit à partir du 91^e jour jusqu'au dernier jour de la 3^e année d'arrêt, c'est le Régime Invalidité Décès de la carpimko qui prend en charge *l'incapacité de travail*. Le RID permet, selon certaines conditions, une reprise thérapeutique de travail ou une reprise d'activité partielle.

<https://www.carpimko.com/publications>



Attention : pour bénéficier de vos allocations journalières, vous devez :

- adresser votre dossier médical **dans les 6 mois** au plus tard à compter de votre cessation d'activité
- être à jour de l'ensemble de vos cotisations et des majorations de retard.

Reprise thérapeutique

Une reprise de travail à des fins thérapeutiques est possible mais doit être prescrite par le médecin : "arrêt de travail dans le cadre d'une reprise à des fins thérapeutiques". La prescription peut se faire pour 1 mois renouvelable par exemple.

La demande est transmise au médecin conseil de la carpimko qui peut maintenir la reconnaissance de 100% d'incapacité. Cela permet le maintien total de l'allocation pendant 3 mois (sans contrôle de revenus à ne pas dépasser) et d'être suivi de la moitié pendant 6 mois au maximum (sans majoration).

Versement pendant 3 mois d'une allocation journalière de 55.44 €/jour puis pendant 6 mois maximum : 27.72 €/jour.

Reprise d'activité partielle

L'état de santé doit correspondre à une incapacité professionnelle partielle égale ou supérieure à 66% entraînant une réduction des 2/3 de l'activité.

L'allocation journalière est versée de manière partielle à partir de la 2^e année d'arrêt de travail.

Elle est de 27.72 €/jour selon un plafond de revenus calculé en fonction des revenus antérieurs (ils doivent être inférieurs à 50 % de la moyenne des revenus des 3 dernières années précédant l'arrêt de travail initial).

A partir du 1^{er} jour de la 4^e année d'arrêt de travail, les droits relèvent de *l'invalidité* du RID.

Invalidité

La rente d'invalidité de la Carpimko est allouée à tout affilié à compter du 1^{er} jour de la quatrième année suivant l'incapacité de travail médicalement reconnue. Elle prend la suite de l'allocation journalière d'incapacité de travail.

Votre situation	Les montants brut
Rente invalidité totale	20 160 € par an
Rente invalidité partielle	10 080 € par an

L'invalidité partielle concerne une invalidité à 66% ou plus.

Plus d'informations sur l'invalidité : [cliquez ici](#)

Les prestations familiales

Ce sont les mêmes que celles versées aux personnes relevant du régime général des salariés, sous réserve des mêmes conditions de ressources :

- allocations familiales et autres prestations liées à la charge d'enfants
- APJE, AGED, AFEAMA...
- aides au logement,
- allocation de rentrée scolaire
- allocation adultes handicapés

Votre exercice dans le cadre conventionnel vous permet de bénéficier des avantages sociaux des praticiens au sein du régime général des salariés. Votre affiliation se fait à compter du 31^{ème} jour d'exercice sous convention auprès de la caisse primaire.

Fonds d'action sociale de la CARPIMKO (FAS)

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 via votre espace personnel CARPIMKO.

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 ou des administrateurs.trices qui vous représentent .

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 et des majorations.

Service d'aide aux professionnels de santé

Contrairement à ce qui avait été indiqué, le service Help est réservé aux professionnel·les exerçant en libéral ayant le statut de travailleurs indépendants, à l'exclusion des praticien·nes et auxiliaires médicaux conventionné·es. Cette confusion peut s'expliquer par sa mention sur ameli.fr dans l'article relatif aux indemnités journalières des professionnels libéraux.

Pour les auxiliaires médicaux, il convient de se référer au dispositif d'action sanitaire et sociale (ASS) de la CPAM, accessible via l'article dédié aux aides financières individuelles. Ce dispositif permet l'attribution d'aides ponctuelles, notamment en cas de perte de revenus liée à une maladie, une maternité ou un accident, en complément des prestations habituelles.

Il est recommandé de se faire accompagner par un·e assistant·e social·e pour constituer le dossier, qui peut être priorisé en cas d'urgence et complété par d'autres aides locales. Ce dispositif est mobilisable même en l'absence d'indemnités journalières, avec des modalités pouvant varier selon les caisses.

La demande doit être adressée à la CPAM et fait l'objet d'un examen en commission. Les aides, facultatives et non contestables en cas de refus, peuvent être versées directement à l'assuré·e ou à un tiers afin d'éviter une avance de frais.

[Plus d'informations sur le site améli](#)

La retraite

Vous envisagez de prendre votre retraite

Vous vous préparez

Tout d'abord simulez le montant de votre retraite sur info-retraite.fr en créant votre compte avec FranceConnect. Vous aurez un relevé de carrière. Vérifiez les informations y figurant et faites des modifications si nécessaire (trimestres et années comptabilisées, déclaration des enfants). Pour cela, retrouvez vos bulletins de salaire si vous avez travaillé en salariat.

Si vous avez plus de 60 ans, vous pouvez demander un entretien gratuit à la CARPIMKO au 01 30 48 10 00 du lundi au vendredi de 8h45 à 12h45.

Il vous faudra ensuite prévoir la date de départ. Attention cela ne peut être qu'en début de trimestre (1 janvier, 1 mars...etc).

Si vous optez pour un CER, il vaudrait mieux le faire avant le 1 octobre pour bénéficier des avantages avant la réforme 2027 qui est moins avantageuse.

Vous êtes décidé

- 6 mois avant la date de départ

Déclarez votre date de départ en retraite sur info-retraite.fr.

Vérifiez les délais des différents préavis pour les contrats en cours (bail professionnel, abonnements professionnels, logiciels, assurance du local, RCP, prévoyance, maintenance logiciel, etc).

- Résiliation du bail

Si vous avez conclu un bail professionnel, vous pouvez le rompre à tout moment en respectant un préavis de 6 mois.

Si vous avez conclu un bail commercial, vous pouvez y mettre un terme à l'expiration de chaque période triennale, avec un préavis de 6 mois délivré par huissier.

- Résiliation des contrats professionnels

Il va s'agir principalement de l'assurance responsabilité civile professionnelle, assurance du local et de tout autre contrat conclu dans le cadre de l'exercice de votre profession.

Ces résiliations doivent être effectuées par courrier recommandé en respectant le préavis indiqué au contrat.

- 4 mois avant

Prenez contact avec votre AGA et votre comptable pour les informer de la situation afin d'anticiper la rédaction de la 2035 (2035 de cessation) et la fin des contrats avec eux.

Si vous avez souscrit une complémentaire retraite, rapprochez-vous de votre conseiller.

- 3 mois avant

Vous devez avertir la CPAM **au moins 90 jours** avant la date de cessation d'activité. La cessation d'activité n'est pas automatiquement signalée à la CPAM ou à l'ARS par l'INPI. Pour que votre dossier soit correctement mis à jour, il est nécessaire de contacter le Service Relations avec les Professionnels de Santé de la CPAM.

ARS- RPPS

Votre cessation d'activité doit être enregistrée dans le fichier RPPS. Vous devrez vous rendre sur le portail eRPPS via FranceConnect ou ProSantéConnect :

https://moncompte-ps.esante.gouv.fr/epars/login/page_accueil/authentification_PS.html

<https://esante.gouv.fr/produits-services/erpps/guides/guide-erpps>

Vous avez arrêté votre activité

Patients

Vous les aurez informés le plus tôt possible. Pensez à vous désinscrire des listes d'attente communes.

INPI : vous avez un délai de 30 jours suivant la fin de l'activité pour déclarer votre arrêt sur le Guichet unique des formalités d'entreprise (la CARPIMKO, l'URSAFF, l'INSEE et le centre des impôts en seront informés directement).

Contact : <https://procedures.inpi.fr/>

Téléphone : Du Lundi au Vendredi de 9h00 à 18h00 +33 (0)1 56 65 89 98

L'URSSAF vous envoie ensuite une notification de radiation et un formulaire de déclaration de revenus à compléter et renvoyer depuis la messagerie de votre espace en ligne urssaf.fr. Vous avez ensuite **90 jours pour déclarer vos revenus professionnels** définitifs. Cette déclaration est indispensable à la régularisation de votre compte. Une fois la régularisation de votre compte effectuée si celui-ci est créancier, vous êtes remboursé de l'excédent, si celui-ci est débiteur, vous réglez le complément.

Impôts

Déclaration fiscale.

- si vous êtes au régime réel : dans les 60 jours suivant la cessation d'activité, vous devez établir une 2035 **provisoire** sur laquelle vous devez noter les recettes et les dépenses prévisionnelles qui pourront intervenir après la cessation. Lorsque tous les éléments nécessaires seront connus (encaissement de toutes les recettes et paiement de toutes les charges), une déclaration **rectificative**, qui annule et remplace la déclaration provisoire devra être télétransmise aux impôts.

- Si vous êtes au régime micro BNC : dans les 60 jours suivant la cessation d'activité, vous devez déposer une déclaration fiscale 2042 et 2042 C PRO pour déclarer vos recettes.

Fichier patients

Le fichier ne doit pas être détruit car il est indispensable en cas d'action en responsabilité civile professionnelle. Il doit être conservé **au minimum 10 ans pour les patients majeurs et 10 ans au-delà des 18 ans pour les patients mineurs**.

En cas de reprise du cabinet, une copie du fichier devra être conservée par le cédant.

Documents comptables et pièces justificatives

Ils sont à conserver pendant dix ans.

Vente du cabinet (matériel, clientèle, parts de société)

Exonération totale des plus-values : article 151 septies du code des impôts

2 conditions cumulatives :

o vous devez exercer votre activité libérale depuis au moins 5 ans,

o vous devez avoir moins de 90 000 € de recettes en moyenne au cours des deux années précédant la cession de votre activité (exonération dégressive entre 90 000 € et 126 000 € de recettes).

Courrier

Prévenez les annuaires de votre départ (Pages Jaunes, Google, etc.)

Faites un transfert de courrier auprès de la poste à votre domicile pour une durée de 1 an.

Compte professionnel

Une fois toutes les opérations financières soldées, fermez votre compte professionnel.

Retraite "classique"

Comprendre les régimes de retraites

- Les cotisations versées pour le régime de base attribuent des points et valident au maximum 4 trimestres par an, tous régimes confondus.
- Les cotisations du régime complémentaire attribuent des points.
- Les cotisations versées pour le régime ASV attribuent des points

Le montant de la pension est calculé au moyen des paramètres suivants :

- Les trimestres (durée d'assurance)
- Le nombre de points acquis par l'assuré
- La valeur du point au moment de son départ à la retraite
- D'éventuelles décotes et surcotes peuvent s'appliquer, en fonction du nombre de trimestres totalisés.

Pour plus de détails sur les points, le valeurs, les calculs des pensions : [cliquez ici](#)

Pour plus de détails sur les trimestres et points supplémentaires par enfant : [cliquez ici](#)

Actuellement, l'âge minimum légal de départ en retraite est entre 62 et 64 ans (selon votre année de naissance) et le départ à taux plein est à 67 ans.

Date de naissance	Âge de départ	Trimestres
Entre 01/01 et 31/08 1961	62 ans	168 trimestres
Entre 01/09 et 31/12 1961	62 ans et 3 mois	169 trimestres
1962	62 ans et 6 mois	169 trimestres
1963	62 ans et 9 mois	170 trimestres
1964	63 ans	171 trimestres
1965	63 ans et 3 mois	172 trimestres
1966	63 ans et 6 mois	172 trimestres
1967	63 ans et 9 mois	172 trimestres
À partir de 1968	64 ans	172 trimestres

Pour plus d'informations sur les ages de depart en retraite et les trimestres : [cliquez ici](#)

Cumul emploi-retraite

Le cumul emploi-retraite s'est progressivement imposé comme un instrument désormais incontournable des fins de carrière, offrant la possibilité de maintenir une activité professionnelle tout en percevant une pension de retraite. La réforme de 2023 en avait accru l'attractivité en permettant, sous conditions, l'acquisition de nouveaux droits après la liquidation de la retraite.

Qu'est-ce que le cumul emploi-retraite aujourd'hui ?

Le cumul emploi-retraite autorise un assuré ayant liquidé l'ensemble de ses droits à la retraite à reprendre ou à poursuivre une activité professionnelle tout en continuant à percevoir ses pensions. De plus, les honoraires perçus seront générateurs de nouveaux droits lorsque l'assuré prendra sa retraite définitive.

La réglementation distingue aujourd'hui deux régimes de cumul :

- Le cumul emploi-retraite intégral, lorsque la retraite a été liquidée à taux plein, à l'âge légal ou au-delà ;
- Le cumul emploi-retraite plafonné, lorsque la liquidation n'a pas été effectuée à taux plein.

Dans le cadre du cumul intégral, les revenus professionnels peuvent être perçus sans limitation de montant.

À l'inverse, le cumul plafonné est soumis à un plafond, il est de 48060 € en 2026.

Avec l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, le cadre évolue sensiblement. Le législateur a choisi de resserrer le dispositif, afin d'en limiter les effets d'aubaine et de le réorienter vers les carrières prolongées. Voici les principales évolutions introduites par la LFSS 2026, des assurés concernés et des points de vigilance à anticiper.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 introduit une refonte du dispositif de cumul emploi-retraite, fondée sur l'âge de l'assuré, qui s'appliquera exclusivement aux affiliés liquidant leur retraite et **accédant au cumul emploi-retraite à compter du 1er janvier 2027**.

Pour les affiliés déjà en cumul emploi retraite, il n'y aura pas de changement.

Le dispositif est désormais structuré en trois tranches d'âge, chacune correspondant à des règles distinctes.

1. Avant l'âge légal de départ à la retraite

Avant l'âge légal de départ à la retraite (entre 62 et 64 ans), le recours au cumul emploi-retraite est désormais fortement limité. Tout revenu d'activité perçu entraîne une minoration immédiate de la pension, appliquée dès le premier euro.

Ce dispositif traduit une volonté claire des pouvoirs publics : dissuader les liquidations anticipées et orienter les assuré-es vers des solutions de transition plus adaptées, telles que la retraite progressive ou le report de la liquidation des droits, mieux alignées avec l'allongement des carrières.

2. Entre l'âge légal et 67 ans

Le cumul emploi-retraite demeure possible, mais il s'inscrit désormais dans un cadre plus strict.

Lorsque les revenus issus de l'activité professionnelle excèdent un seuil fixé par décret, la pension de retraite fait l'objet d'un écrêtement à hauteur de 50 % de la part excédant ce seuil.

Les paramètres exacts de ce mécanisme — seuils applicables et modalités de calcul — seront précisés par voie réglementaire. À titre indicatif, l'étude d'impact du projet de loi mentionnait un seuil annuel de l'ordre de 7 000 €.

3. À compter de 67 ans

Le cumul emploi-retraite redevient intégral. Les pensions peuvent être entièrement cumulées avec les revenus d'activité, sans plafond.

Les revenus perçus dans ce cadre continuent par ailleurs à ouvrir droit à l'acquisition de nouveaux droits à la retraite, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

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>

Article de l'[Orthophoniste de mars 2024](#)

Article de l'[Orthophoniste d'avril 2024](#)

En cas de décès

La FNO met à votre disposition une fiche pratique FNO ["En cas de décès"](#)

Les assurances

Les assurances obligatoires

La responsabilité Civile Professionnelle

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.

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

L'objet de cette assurance consiste à prendre en charge les atteintes à l'outil de travail sur la partie des 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 devrait 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 appartiennent pas.

Les assurances facultatives

L'assurance perte d'exploitation

Elle est souvent adossée au contrat d'assurance cabinet et permet notamment d'assurer un revenu en cas d'arrêt d'exploitation (incendie, inondation, ...).

Le contrat de prévoyance

Il permet de compléter les indemnités réglées par les organismes obligatoires afin d'optimiser au mieux la perte de revenu et de couvrir les frais généraux (loyer, énergies, ...). Il est recommandé de souscrire un contrat de prévoyance dès le début de l'activité et de faire le point régulièrement avec son agent afin de l'adapter au mieux aux besoins spécifiques du moment.

La protection juridique

Elle est fortement conseillée car en cas de litige, elle sera un atout. Elle peut être adossée à votre RCP (responsabilité civile professionnelle).

La complémentaire santé

Elle est nécessaire pour compléter le remboursement des soins médicaux pris en charge par la CPAM.

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 FIF PL et l'ANDPC qui gère le Développement Professionnel Continu.

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

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

Le FIF PL, créé par l'UNAPL (Union nationale des professions libérales), s'adresse à toutes les professions libérales affiliées à cette union. Il couvre quatre domaines : les professions du cadre de vie (comme les architectes), les professions juridiques (comme les avocats), les métiers techniques (conseils publicitaires, psychomotriciens, etc.) et les métiers de la santé.

Financement et Attestation :

- **Financement** : Le FIF PL est financé par la Contribution à la Formation Professionnelle (CFP), collectée par l'Urssaf, représentant 0,25 % du plafond annuel de la Sécurité Sociale, soit 120 euros en 2026.
- **Attestation** : Après paiement de la contribution, une attestation est remise au professionnel pour faire valoir ses droits à la formation. Elle reste valable jusqu'à la réception de la nouvelle attestation l'année suivante y compris durant l'année N+1.

Accès pour les orthophonistes nouvellement installés :

- Les orthophonistes récemment installés peuvent accéder au budget FIF PL dès que leur contribution est réglée à l'Urssaf, avec une attestation d'affiliation.

Éligibilité et Agrément des formations :

- **Critères** : Les formations présentielles (incluant les classes virtuelles synchrones) ou en e-learning asynchrone doivent répondre à des critères pédagogiques et rédactionnels définis par la commission professionnelle des orthophonistes.
- **Demande d'agrément** : Les dossiers sont soumis par les organismes de formation et

examinés par la commission.

- **Catalogue** : Les formations éligibles sont listées chaque année dans le catalogue en ligne.
- **Prise en charge** : L'agrément permet aux orthophonistes libéraux, à jour de leur cotisation CFP, de bénéficier d'une prise en charge des frais pédagogiques, sur présentation de pièces justificatives.



Plafonds de prise en charge :

- **Formations présentielles et classes virtuelles synchrones** : La prise en charge est limitée à 150 € par jour (dans la limite des frais engagés) , avec un plafond annuel de 900 € par professionnel.
- **Formations e-learning asynchrones** : Prise en charge à hauteur de 75 € par jour, avec un plafond annuel de 300 € inclus dans le budget de 900 €.

⚠ Important : Le budget pour les formations e-learning asynchrones est inclus dans le plafond annuel de 900 € 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 900 € par an et par professionnel (depuis octobre 2025). DONT la possibilité de prise en charge plafonnée à 75 € par jour, limitée à 300 € par an et par professionnel pour des Formations e-learning asynchrones
Fonds spécifiques (en supplément des fonds à gérer)	Formation longue durée avec 3 paliers de financement selon la durée de la formation (depuis juillet 2026) : • 70 heures de formation minimum : prise en charge plafonnée à 2000€ par professionnel • 90 heures de formation minimum : prise en charge plafonnée à 2500€ par professionnel 110 heures de formation minimum : prise en charge plafonnée à 3000€ par professionnel. Prise en charge limitée à une prise en charge tous les 3 ans et sur des thèmes de formation entrant dans les critères de prise en charge de la profession concernée. Participation à un jury d'examen ou de validation des acquis de l'expérience Prise en charge plafonnée à 300 € par jour, limitée à 2 jours par an et par professionnel

Annulation :

- En cas d'annulation de la participation à la formation du fait de l'orthophoniste ou de l'organisme de formation, l'orthophoniste doit annuler sa demande auprès du FIF PL pour éviter le blocage des fonds.

Financements spécifiques :

- **Double financement** : Un orthophoniste ne peut pas bénéficier simultanément d'une prise en charge par l'ANDPC et le FIF PL.
- **Formations longues** : Le FIF PL peut financer des formations de plus de 70 heures, la participation à un jury d'examen ou de VAE (validation des acquis de l'expérience), sur dépôt de dossier individuel.
- **Fonds spécifiques** : Les orthophonistes peuvent bénéficier de fonds spécifiques plafonnés à 300 €, limités à 2 jours par an et par professionnel, pour des besoins comme l'aide à l'installation ou la création d'entreprise. Il existe des fonds spécifiques pour les organismes de formation ORIFF PL (Office Régional d'Information, de Formation et de Formalités des Professions Libérales) : les orthophonistes peuvent les contacter pour connaître les programmes disponibles dans leur région.

Le DPC (Développement Professionnel Continu)

Le **DPC** instauré par la loi HPST et révisé par la loi de modernisation de notre système de santé (janvier 2016) est géré par l'ANDPC (Agence nationale du DPC).

Il promeut la formation continue des professionnels de santé qui sont tous soumis à cette obligation indépendamment de leur mode d'exercice.

Obligation triennale

Chaque orthophoniste doit accomplir un parcours DPC constitué de deux actions de DPC sur une période de trois ans définie par l'ANDPC. Ces actions doivent couvrir deux des trois typologies suivantes :

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

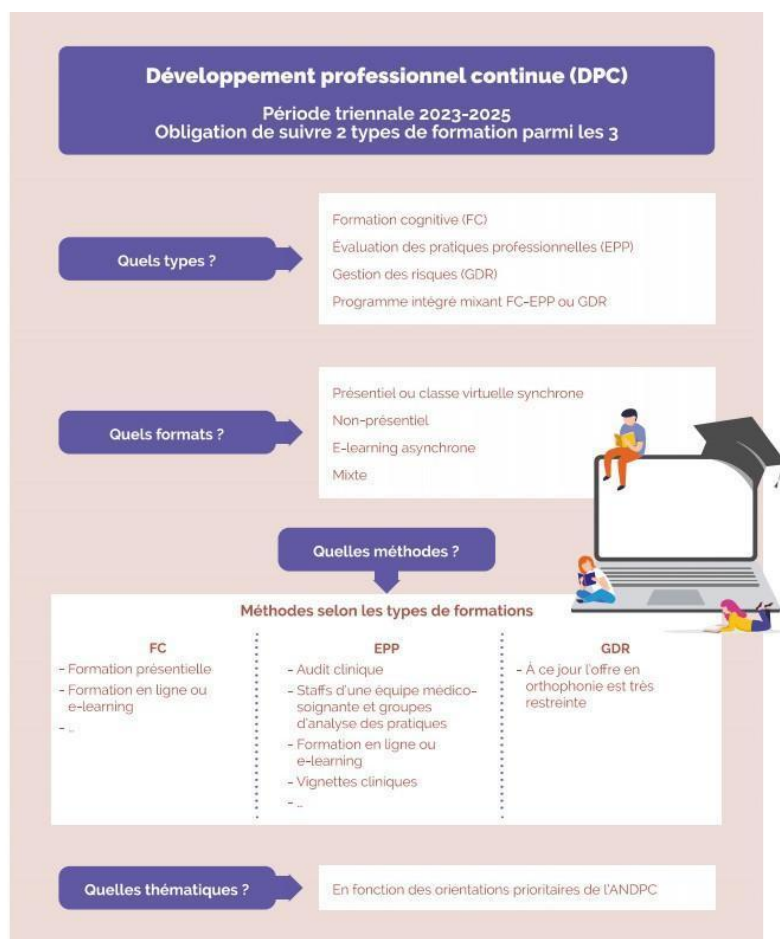
À l'heure actuelle des parutions de formations, les orthophonistes ne sont pas concernés par la gestion des risques.

Des formations mixtes ("programmes intégrés") combinant FC et EPP existent.

L'obligation reste valable même lorsque l'orthophoniste s'installe en libéral en cours de période triennale.

A noter, cette obligation ne concerne pas les orthophonistes exerçant dans les collectivités d'outre-mer : la Polynésie française, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon, Terres australes et antarctiques française, Wallis-et-Futuna et collectivité d'outre-mer sui-generis : Nouvelle Calédonie.

La période triennale actuelle s'étend de 2026 à 2028.



Budget et financement du DPC

Pour bénéficier d'un agrément et d'un financement par l'ANDPC, la formation doit répondre à certains critères, notamment ceux des orientations nationales définies selon les priorités et besoins en santé publique, et être enregistrée sur le site de l'ANDPC par l'organisme proposant la formation.

Modalités de prise en charge des actions de DPC :

Droit de tirage annuel : 14 heures

Forfaits horaires :

	Présentiel		Classe virtuelle		Non présentiel	
	Frais pédagogiques (Part ODPC)	Indemnisation (Part PS)	Frais pédagogiques (Part ODPC)	Indemnisation (Part PS)	Frais pédagogiques (Part ODPC)	Indemnisation (Part PS)
Formation continue (FC)	43,00 €	52,00 €	34,40 €	52,00 €	21,50 €	- €
Évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	51,60 €	52,00 €	41,30 €	52,00 €	25,80 €	26,00 €
Gestion des risques (GDR)	51,60 €	52,00 €	41,30 €	52,00 €	25,80 €	26,00 €
Programme Intégré (PI)	43,00 €	52,00 €	34,40 €	52,00 €	21,50 €	- €
- FC						
- EPP ou GDR	51,60 €	52,00 €	41,30 €	52,00 €	25,80 €	26,00 €

Allocation annuelle : Bien que l'obligation de DPC soit triennale, le budget est alloué annuellement. Chaque professionnel peut utiliser l'enveloppe financière disponible chaque année.

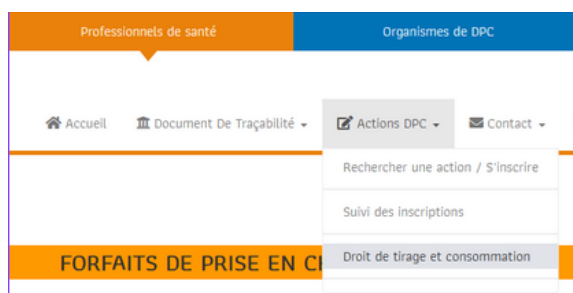
Indemnisation du professionnel : En plus du financement total ou partiel des frais pédagogiques versés à l'organisme de formation, l'orthophoniste bénéficie d'une indemnisation pour le temps passé en formation. Les montants spécifiques sont détaillés dans le tableau ci-dessus.

Plafonds triennaux : À partir de 2023, des plafonds triennaux ont été fixés pour la prise en charge de la formation continue. Sur les 42 heures financées durant la période 2026-2028 (soit 14 heures par an), jusqu'à 35 heures peuvent être consacrées à la formation continue. Les 7 heures restantes doivent être dédiées à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ou à la gestion des risques. Cependant, le professionnel peut choisir d'utiliser plus de 7 heures de son budget pour se former en EPP.

Vérification des heures de budget disponibles auprès de l'ANDPC :

Pour vérifier les heures de budget disponibles, l'orthophoniste doit suivre les étapes suivantes :

1. Se connecter au compte sur agencedpc.fr.
2. Accéder à l'onglet "Action DPC".
3. Sélectionner l'onglet "Droit de tirage et consommation".



Règles d'inscription :

- Seul le professionnel de santé peut s'inscrire à une session. Les organismes ne peuvent pas créer ou modifier le compte d'un professionnel de santé, ni procéder à son inscription à sa place y

compris à la demande du professionnel.

- L'inscription à une session présentielle, mixte ou en classe virtuelle peut se faire jusqu'à la veille de la session et doit être validée par l'organisme de formation **dans le même délai**, sinon la prise en charge par l'ANDPC est refusée.
- La prise en charge est calculée en fonction du budget de l'orthophoniste disponible le jour de l'inscription. Les heures libérées par une désinscription sont recreditées au budget annuel de l'orthophoniste, mais ne sont pas automatiquement affectées à une autre inscription validée.

Par exemple, si l'orthophoniste s'inscrit à une formation A puis à une formation B, le budget sera engagé sur la formation A. Si l'orthophoniste se désinscrit de la formation A, le budget sera recredité mais ne sera pas automatiquement réengagé sur la formation B. L'orthophoniste doit se désinscrire puis se réinscrire à la formation B pour que le budget soit alloué à cette formation.

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

Conditions d'indemnisation pour les actions de DPC :

- L'orthophoniste ne peut pas être pris en charge s'il ou elle est en congé maladie, congé de maternité ou de paternité.
- L'ANDPC n'indemnise pas la perte de revenu d'une action suivie un dimanche ou un jour férié.
- Au-delà des budgets disponibles, l'orthophoniste peut s'inscrire à une action de DPC sur le site de l'ANDPC sans prise en charge financière ni indemnisation. Une formation DPC peut être validée sans financement ANDPC en utilisant un autre mode de financement. Dans ce cas, l'inscription se fait via la plateforme ANDPC sans bénéficier du financement ANDPC.
- L'ANDPC n'indemnise la perte de revenu que si l'intégralité de l'action a été suivie.

Inscription et traçabilité :

- L'inscription aux actions de DPC se fait sur le site de l'Agence nationale du DPC.
- La traçabilité des actions suivies est assurée par le Document de Traçabilité disponible sur le site de l'Agence, permettant de rendre compte de l'obligation auprès de l'organisme de contrôle (ARS pour les libéraux sans Ordre).



ATTENTION aux démarches :

De nombreux démarchages se font sous couvert de la formation continue.

L'ANDPC ou le CPF, et autres organismes similaires, ne contactent jamais les orthophonistes pour les inciter à s'inscrire ou à valider leur obligation de formation. Il est crucial de ne jamais divulguer les codes d'accès à l'espace personnel ANDPC.

Toute anomalie ou irrégularité concernant une action de DPC, qu'elle soit liée à une participation ou à un démarchage inapproprié, peut être signalée via le module de signalement disponible à l'adresse suivante : <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...

Depuis le 2 mai 2024, il y a un reste à charge à régler pour le professionnel. Son montant est de **103,20 € au 1er janvier 2026**.

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 de 24 heures maximum. 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

Le crédit d'impôt formation des dirigeants d'entreprise n'a pas été reconduit en 2025.

Lors de la déclaration 2024 faite en 2025 vous pouviez encore en bénéficier, mais plus depuis la déclaration 2025 faite en 2026.

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.

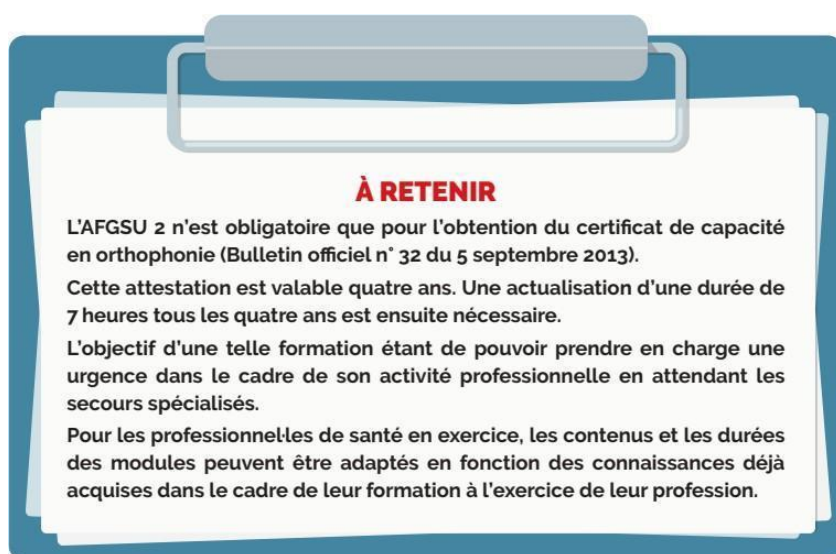
Ainsi en pratique courante, les orthophonistes sont principalement concernées par l'AFGSU 2. L'AFGSU 2 a pour objet l'acquisition de connaissances permettant l'identification d'une situation d'urgence à caractère médical et à sa prise en charge seul ou en équipe, dans l'attente de l'arrivée de l'équipe 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 de recyclage 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 professionnels 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. De même, certains ORIFF-PL proposent cette formation et vous pouvez les financer via des budgets FIF-PL dédiés.

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 travailler, 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, décrites dans le chapitre sur l'exercice conventionné, concerne aussi l'exercice salarié. L'orthophoniste exerçant dans un établissement sanitaire ou un établissement ou service 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 de la 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, UGECAM, UNICANCER (FFCLCC). Il s'agit d'hôpitaux privés non lucratifs, de cliniques mutualistes, d'établissements médico-sociaux membres d'une association, de centres de santé de la sécurité sociale, d'EHPAD, etc.

Les orthophonistes peuvent être aussi salariés d'établissements du secteur privé lucratif (hôpitaux privés, cliniques privées), généralement membres de la « Fédération de l'hospitalisation privée » (FHP), ou 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).

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 d'un autre) avec un CDI. Contrairement au CDI, la signature d'un contrat écrit est obligatoire et il doit être transmis 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 les mêmes droits et la 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 France Travail (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 salarié 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 salarié 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 d'accord des conditions de la rupture du contrat de travail qui les lie. Le salarié perçoit une indemnité de rupture (qui ne peut pas être inférieure à l'indemnité légale de licenciement) et il a droit aux allocations-chômage. Le texte de cette rupture conventionnelle est appelé « convention », celle-ci prévoit la date de rupture du contrat et le montant de l'indemnité spécifique. L'employeur comme le salarié disposent d'un délai de 15 jours calendaires de rétractation à compter de la date de signature. La convention doit être en outre validée par 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 2026, le montant du Smic brut horaire est passé à 12,02 euros, soit 1 823,03 euros bruts 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), CCN51 (FEHAP) et CCN66 (Nexem), 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 2026 sont les suivants :

- FPH : 4,92278 €
- CCN 51 (FEHAP) : 4,58 €
- CCN 66 (Nexem) : 3,93 €
- Croix-Rouge : 4,614 €
- FHP (CCN 2002) : 7,26 €
- UCANSS (UGEAM) : 7,60939 €

Fonction Publique Hospitalière

Catégorie A, corps des orthophonistes inclus dans le grade des rééducateurs.

Depuis le 1^{er} octobre 2021, une grille commune avec les kinésithérapeutes a permis, même si cela n'est pas encore idéal, une revalorisation salariale attendue depuis des années.

Il existe deux grilles de rémunération : celle dite de classe normale et celle dite de classe supérieure. La grille de 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 était seulement de 12 % en 2025.

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 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 depuis 2020 « la prime Ségur » 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 parfois « 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 minimum 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 d'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, mais 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 1 015 fois le SMIC horaire (soit 12 200,30 € en 2026). 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 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

La durée légale du congé maternité dépend du nombre d'enfants à naître et du nombre d'enfants à charge.

Nombre d'enfants naître	à	Nombre d'enfants déjà à charge	Durée du congé prénatal	Durée du congé postnatal	Durée totale du congé maternité
1		0 ou 1	6 semaines	10 semaines	16 semaines
1		2 ou plus	8 semaines	18 semaines	26 semaines
2		-	12 semaines	22 semaines	34 semaines
3 ou plus		-	24 semaines	22 semaines	46 semaines

<https://www.economie.gouv.fr/entreprises/duree-conge-maternite>.

Le congé maternité peut être plus long selon ce qui est prévu par la convention collective.

Vous pouvez choisir de répartir votre congé entre la période prénatale et postnatale. Vous pouvez également, avec accord de votre médecin, reporter 3 semaines de votre congé prénatal en période postnatale. Si vous êtes en arrêt durant la période de report, celui-ci est annulé.

2. Congés paternité

- Dans un premier temps, congé de naissance de 3 jours ouvrés
- Puis congé paternité qui est séparé en 2 périodes : 4 jours à prendre obligatoirement tout de suite après le congé de naissance et une deuxième période facultative de 21 jours calendaires (28 en cas de naissances multiples), consécutifs ou pris en deux fois (min 5 jours de suite), à démarrer dans les 6 mois après la naissance.

A partir du 01.07.2026, s'ajoute le congé supplémentaire de naissance, nouveau congé d'une durée maximale de deux mois, qui permettra à chaque parent de prendre jusqu'à deux mois de congé supplémentaire rémunéré à 70 % du salaire net le premier mois, puis à 60 % le second mois. Ce congé pourra être pris sous la forme d'un mois, de deux mois ou de deux périodes d'un mois non consécutives.

Il existe un simulateur d'indemnités maternité et paternité, consultable sur le site [ameli.fr](https://www.ameli.fr) : <https://www.ameli.fr/assure/simulateur-maternite-paternite>

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>

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.

Congé spécifique aux fonctionnaires

1. Autorisation spéciale d'absence (ASA)

Les agents de la fonction publique bénéficient d'autorisations spéciales d'absence dans le cadre d'événements familiaux (décès, mariage...).

2. Le don de jours

Comme dans le secteur privé, le don de jours de repos à un collègue est possible.

3. Les congés bonifiés

Concerne les fonctionnaires d'outre-mer affectés en métropole et ceux de métropole affectés en zone ultra-marine. Ce dispositif permet la prise en charge, tous les 2 ans, de leurs frais de transport (sous conditions).

4. 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 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.

Indemnités journalières en cas d'arrêt maladie

Si vous êtes salarié du secteur privé ou contractuel en fonction publique, vous bénéficiez d'indemnités journalières versées par l'assurance maladie après un délai de 3 jours de carence. Elles seront calculées à partir de votre salaire brut.

Attention aux orthophonistes en exercice mixte, les indemnités sont versées sous conditions :

1. Pour un arrêt de travail inférieur à 6 mois :

- Vous devez avoir travaillé au moins 150 heures en salariat sur la période des 3 mois ou 90 jours avant votre arrêt.

ou

- Vous devez avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du Smic horaire au cours des 6 derniers mois.

NB : Smic horaire = 12,02 euros au 1er janvier 2026

2. Pour un arrêt de travail supérieur à 6 mois (longue maladie) :

- Vous devez être affilié à l'Assurance Maladie depuis 12 mois et avoir travaillé au moins 600 heures au cours des 12 mois avant l'arrêt de travail.

ou

- Vous devez, à la date de votre arrêt de travail, être affilié à l'Assurance Maladie depuis 12 mois et avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du Smic horaire au cours des 12 derniers mois.

Le montant de cette indemnité est égal à 50% du salaire journalier de base (calculé grâce aux salaires des 3 derniers mois). Vous ne pourrez percevoir plus de 41,47 € bruts par jour.

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.

A partir du 1er janvier 2026, votre établissement devra participer au paiement de vos cotisations à une complémentaire santé et prévoyance.

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, indépendant 1, 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.

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 %...).

Une participation forfaitaire reste à votre charge lorsque vous souhaitez financer une formation avec votre CPF. Cette participation est de 103,20 euros depuis le 1er janvier 2026.

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 reconvertir. 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 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 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 concernés 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 salarié 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, 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.
- 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 salarié 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 salariés participent au choix de leur formation DPC,
- et soient donc non seulement informés mais engagés 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 ;
- 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 maltraitements.

La réflexion éthique ne donne jamais de réponses universelles selon des types de situations générales. Par contre, elle permet, par un questionnement structuré et une réflexion commune, de clarifier des situations particulières, de se poser les bonnes questions, d'avoir le bon angle de vue pour prendre des décisions éclairées, réfléchies et assumées, en accord avec les différents acteurs.

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. Cette charte doit être le reflet des valeurs partagées par les orthophonistes à l'intérieur du monde du soin.

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. On parle aussi d'auto-détermination. 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 en 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.

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.

CHARTE ÉTHIQUE DE LA FNO
ADOPTÉE EN CONSEIL
D'ADMINISTRATION FÉDÉRAL LE 11 JUIN 2017

Secret professionnel et secret partagé

Soumis 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.

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
- 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.
- Educateur 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

LA FISCALITÉ

En France, le système fiscal est basé sur la notion de foyer fiscal. Le foyer fiscal est composé d'une seule personne si vous êtes célibataire ou en concubinage ou de deux personnes si vous êtes mariés ou pacsés. 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 bénéfices 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 1^{er} 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 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 2026, le calcul aura lieu sur l'année fiscale 2024 ;
- de septembre à décembre 2026, sur l'année fiscale 2025.

Un solde d'impôt (positif ou négatif), calculé par rapport à votre déclaration d'impôts déposée en mai 2026 et notifié en août 2026, régularisera les acomptes versés en 2025.

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'affaires est inférieur 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 5,35€ et 20,70€ pour l'année fiscale 2024) ;
- 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 frais de comptabilité
- 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 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.
- 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'hébergement).

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.

Les Zones de Revitalisation Rurale (ZRR) et Zones France Ruralités Revitalisation (FRR)

La Zone de Revitalisation Rurale ou ZRR correspond à une zone rurale reconnue comme fragile sur le plan socio-économique.

Un nouveau zonage France ruralités revitalisation (FRR) est mis en place depuis le 1er juillet 2024 pour soutenir les territoires ruraux fragiles. Ainsi, les entreprises qui s'implantent sur ces zones peuvent bénéficier d'exonérations fiscales et sociales. La plupart des communes classées en zone de revitalisation rurale (ZRR) intègre le nouveau zonage (FRR). Les communes qui ne sont pas reclassées en FRR continuent de bénéficier des exonérations prévues en ZRR.

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 depuis le 1er juillet 2024;
- 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.

Certaines communes en Zones de Revitalisation Rurale (ZRR) n'ont pas été reclassées en Zones France Ruralité Revitalisation (FRR). L'article 99 de la loi de finances n° 2025-127 du 14 février 2025 prévoit qu'elles peuvent bénéficier des avantages fiscaux du dispositif des FRR jusqu'au 31 décembre 2027

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 sur l'impôt sur le revenu 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 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=ty-po_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, située 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 2024;
- 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.

L'adhésion à une association de gestion agréée est optionnelle. Auparavant, l'adhésion ouvrait droit à des avantages fiscaux ; ce n'est désormais plus le cas.

La réduction d'impôt à hauteur de 3% des frais de comptabilité a été supprimée par le PLF (projet de loi de finances) de 2025. Vous pouvez néanmoins continuer à déduire vos frais de comptabilité de votre chiffre d'affaires.

LES COORDONNÉES DES RÉGIONS

www.sorr-reunion.net

Auvergne Rhône Alpes - SOR-AuRA

32 rue des Rancy 69003 Lyon

soraura.fno@gmail.com

<https://soraura.fr/>

Bourgogne Franche Comté - SROBFC

82 Grande Rue - 89290 VINCELLES

contact@srobfc-fno.fr

<http://srobfc-fno.fr/>

Bretagne - SIOB

15 rue de Kervrazic 56550 Belz

fnosioib@gmail.com

<http://www.sioib.fr>

Centre Val de Loire - SORC-VDL

18 rue Principale 37250 Veigné

sorcndl.fno@gmail.com

<https://www.sorc-vdl.fr>

Grand Est - SOGEst

2 Avenue Roger Salengro

68100 Mulhouse

syndicat.sogest@gmail.com

<https://sogest-orthophonistes.fr/>

Guadeloupe - SDOG

Immeuble Kannel rue Gaston Dorocant

97139 Les Abymes

sdog.gp@gmail.com

Guyane - SROG

4 impasse Zabulon - Route de Baduel

97300 Cayenne

srog.guyane@yahoo.com

Hauts De France - SOHF

229 rue Solférino 59000 Lille

sohf.contact@gmail.com

www.sohf.fr

Île De France - SDOP Ile-de-France

16 place Carnot 93110 Rosny-sous-bois

sdop@orange.fr

www.sdop.org

Île De La Réunion et Mayotte - SORR

303 avenue du Beau Pays – Appartement M20

Beauséjour – 97438 Sainte Marie

presidence.sorr@gmail.com

Martinique - SDOM

4 rue Stephen Rose - Petit Bourg

97215 Rivière-Salée

sdomartinique@gmail.com

Normandie- SRON

3 Place Paul Doumer 27190

Conches-en-ouche

sron.fno@gmail.com

<https://www.facebook.com/SRONormandie>

Nouvelle Aquitaine - SIONA

17 rue Louis Blanc 24000 Périgueux

siona.contact@gmail.com

<https://siona-orthophonistes.fr/>

Nouvelle Calédonie - SONC

BP 16771 98804 Nouméa cedex

orthos.nc@gmail.com

Occitanie - SOROcc

Maison des Professions Libérales

285 rue Alfred Nobel 34000 Montpellier

contact@sorocc.fr

<https://www.sorocc.fr/>

Pays de la Loire - SROPL

6 rue du disque

85270 St Hilaire de Riez

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

sdorpacac@gmail.com

<https://www.facebook.com/profile.php?id=100071544257570>