

**CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES  
ORTHOPHONISTES  
ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 31 OCTOBRE 1996**

**Texte actualisé – août 2023**

**PRÉCISIONS :**

Le présent document correspond au texte (et aux annexes) de l'avenant n°16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes libéraux et l'assurance maladie, actualisé par l'avenant n°17 à la convention nationale, signé le 29 janvier 2021 et publié au JO du 20 avril 2021, par l'avenant 18 à la convention nationale signé le 29 juillet 2021 et publié au JO du 30 octobre 2021, par l'avenant 19 à la convention nationale signé le 25 février 2022 et publié au JO du 26 avril 2022 ainsi que par l'avenant 20 à la convention nationale signé le 22 juin 2023. A l'exception des mesures de valorisation, les dispositions conventionnelles prévues par l'avenant 20 sont **entrées en vigueur le 26 juillet 2023** (lendemain de la fin du délai d'approbation ministérielle de cet accord conformément à l'art. L.162-15 alinéa 2 du code de la sécurité sociale).

Seuls les préambules des avenants n°17, 18, 19 et 20 ne sont pas intégrés à ce document. Il en va de même pour les dispositions de l'article 5 de l'avenant n°20 portant sur la mise en place de groupes de travail pour améliorer l'accès aux soins, renforcer le rôle des orthophonistes en matière de prévention et réviser les durées des séances de rééducation.

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L.162-9, L.162-14-1 et L.162-15  
Vu le code de la santé publique, et notamment l'article L.1434-4

Il est convenu ce qui suit entre

l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM)

et

la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO)

Les parties signataires du présent avenant conviennent que la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les orthophonistes libéraux et les organismes d'assurance maladie obligatoire, signée le 31 octobre 1996, approuvée par arrêté du 31 décembre 1996, publiée au journal officiel du 9 janvier 1997 ainsi que ses avenants de 1 à 15 sont remplacés par les dispositions qui suivent.



## PLAN de la convention

PREAMBULE.....	6
TITRE PRÉLIMINAIRE - PORTEE DE LA CONVENTION NATIONALE .....	7
Article.1.    Objet de la convention.....	7
Article.2.    Champ d’application de la convention .....	7
TITRE 1 - CONFORTER L’ACCES AUX SOINS.....	9
Article.3.    Dispositif démographique applicable aux orthophonistes .....	9
Article.4.    Développement des actions de prévention .....	16
Article.5.    Les outils en faveur de la coordination.....	17
Article.6.    Le recours à la télésanté .....	17
Article 6 bis. Prise en charge orthophonique des patients dans les structures médico-sociales .....	24
TITRE 2 -VALORISER L’ACTIVITE DES ORTHOPHONISTES LIBERAUX .....	25
Article.7.    La valorisation de l’activité de bilan orthophonique .....	25
Article 7 bis. Le bilan de prévention et d’accompagnement parental .....	26
Article.8.    La valorisation de l’activité de rééducation.....	27
Article 8 bis. La valorisation de l’activité de rééducation en groupe .....	28
Article.9.    La valorisation de la prise en charge du patient en situation de handicap .....	28
Article 9 bis. La valorisation de la prise en charge des patients présentant un trouble du neuro-développement et orientés vers une plateforme de coordination et d’orientation (PCO).....	29
Article 9 ter. La valorisation de la prise en charge des patients présentant des troubles du neuro-développement (actes concernant les troubles de la communication écrite et de la cognition mathématique) .....	29
Article.10.   La valorisation de la prise en charge des enfants de moins de 3 ans .....	30
Article.11.   La valorisation de la prise en charge des patients en post-hospitalisation liée à un accident vasculaire cérébral (AVC), à une pathologie cancéreuse ou une maladie neurologique grave entraînant une dysphagie sévère et/ou troubles de la voix.....	30
Article 11 bis - La valorisation de la prise en charge de patients en post-hospitalisation .....	31
Article.12.   La valorisation de la prise en charge des enfants de 3 ans à 6 ans.....	31
Article 12 bis - La valorisation de la prise en charge de pathologies neurologiques ou neurodégénératives... ..	31
TITRE 3 - MODALITES D’EXERCICE CONVENTIONNEL.....	32
Article.13.   Démarches de l’orthophoniste auprès de la caisse lors de l’installation en libéral .....	32
Article.14.   Démarches de l’orthophoniste auprès de la caisse lors de la cessation d’activité en libéral.....	32
Article.15.   Modalités d’exercice .....	32
Article.16.   Situation des orthophonistes exerçant au sein des sociétés d’exercice .....	33
Article.17.   Situation du remplaçant.....	33
Article.18.   De la qualité et du bon usage des soins .....	34
Article.19.   Le respect du libre choix .....	34
Article.20.   Les documents ouvrant droit au remboursement des prestations .....	35
Article.21.   Rédaction des ordonnances .....	35

Article.22.	Facturation des honoraires.....	36
Article.23.	Mode de fixation des honoraires .....	37
Article.24.	Mise en œuvre de la dispense d’avance des frais au profit des assurés sociaux .....	38
Article.25.	Intervention de l’orthophoniste en cas d’urgence.....	39
<b>TITRE 4 - MODERNISER LES RELATIONS ENTRE LES ORTHOPHONISTES ET L’ASSURANCE MALADIE .....</b>		<b>41</b>
Article.26.	Les engagements de l’assurance maladie sur la gestion de la facturation des actes .....	41
Article.27.	Modalités des échanges relatifs à la facturation à l’Assurance maladie .....	42
Article.28.	Tri et transmission des ordonnances en cas de non recours au dispositif SCOR.....	45
Article.29.	Aides à l’équipement informatique du cabinet professionnel.....	46
Article.30.	Les autres procédures de facturation .....	47
Article.31.	La simplification des échanges entre les orthophonistes et l’assurance maladie.....	48
<b>TITRE 5 - DISPOSITIONS SOCIALES ET FISCALES .....</b>		<b>50</b>
Article.32.	Au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.....	50
Article.33.	Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse .....	50
Article.34.	Modalités de versement.....	50
<b>TITRE 6 - VIE CONVENTIONNELLE .....</b>		<b>52</b>
Article.35.	Durée de la convention.....	52
Article.36.	La signature de la convention par une nouvelle partie .....	52
Article.37.	Résiliation de la convention .....	52
Article.38.	Notification de la convention .....	52
Article.39.	Modalités d'adhésion .....	53
Article.40.	Modalités de rupture d’adhésion .....	53
Article.41.	Instances conventionnelles .....	53
Article.42.	Procédures conventionnelles .....	59
<b>ANNEXE 1 – TARIFS.....</b>		<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>ANNEXE 2- METHODOLOGIE DE CLASSIFICATION DES ZONES RELATIVES AUX ORTHOPHONISTES LIBERAUX .....</b>		<b>68</b>
<b>ANNEXE 3- CONTRAT TYPE NATIONAL D’AIDE A L’INSTALLATION DES ORTHOPHONISTES DANS LES ZONES SOUS DENSES.....</b>		<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>ANNEXE 4 - CONTRAT TYPE NATIONAL D’AIDE A LA PREMIERE INSTALLATION DES ORTHOPHONISTES DANS LES ZONES SOUS DENSES.....</b>		<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>ANNEXE 5 – CONTRAT TYPE NATIONAL D’AIDE AU MAINTIEN DES ORTHOPHONISTES DANS LES ZONES SOUS DENSES.....</b>		<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>ANNEXE 6 - OBJECTIFS DE RÉÉQUILIBRAGE DE L’OFFRE DE SOINS EN ORTHOPHONIE SUR LE TERRITOIRE.....</b>		<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>ANNEXE 7 – DE L’ARCHITECTURE REDACTIONNELLE DES COMPTE RENDUS DE BILANS ORTHOPHONIQUES.....</b>		<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

ANNEXE 8 – MODALITÉS DE CALCUL DE LA PARTICIPATION DES CAISSES AUX  
COTISATIONS SOCIALES DUES AU TITRE DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE,  
MATERNITÉ, DÉCÈS DES PRATICIENS ET AUXILIAIRES MÉDICAUX CONVENTIONNÉS

..... **Erreur ! Signet non défini.**

ANNEXE 9 – NUMERISATION ET TELETRANSMISSION DES ORDONNANCES **Erreur ! Signet non défini.**

ANNEXE 10 – REGLEMENT INTERIEUR TYPE DES INSTANCES CONVENTIONNELLES

..... **Erreur ! Signet non défini.**

ANNEXE 11 - COMMISSION DE HIERARCHISATION DES ACTES ET DES PRESTATIONS  
D'ORTHOPHONIE (CHAP)..... **Erreur ! Signet non défini.**

ANNEXE 12 - DE LA QUALITE DES SOINS ET DU SUIVI DE L'ACTIVITE INDIVIDUELLE  
DES ORTHOPHONISTES ..... **Erreur ! Signet non défini.**

ANNEXE 13 - PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF A L'INTERPRETATION DU CHAMP  
D'APPLICATION DE LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE  
LES ORTHOPHONISTES ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 31 OCTOBRE 1996 **Erreur !  
Signet non défini.**

## PREAMBULE

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

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

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

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

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

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

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

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

## **TITRE PRÉLIMINAIRE - PORTEE DE LA CONVENTION NATIONALE**

### **Article.1. Objet de la convention**

La présente convention a pour objet :

- de rassembler les principes, modalités et procédures appelés à régir les relations entre l'assurance maladie et les orthophonistes libéraux ayant adhéré à la présente convention ;
- d'améliorer l'accès aux soins en orthophonie par le renforcement des mesures incitatives à l'installation dans les zones déficitaires ;
- d'améliorer les pratiques et la juste valorisation des actes pour la bonne prise en charge des patients en ville ;
- de renforcer les actions de prévention et de dépistage ;
- de déterminer les modalités de facturation et de règlement des prestations remboursables par l'assurance maladie.

### **Article.2. Champ d'application de la convention**

#### ***Les orthophonistes bénéficiaires des dispositions conventionnelles***

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 à l'acte.

Sont exclus du champ d'application de la convention :

- les orthophonistes dispensant des actes au sein de locaux à finalité commerciale ou partagés avec des personnes exerçant une activité commerciale,
- les orthophonistes salariés exclusifs exerçant dans un établissement public ou privé d'hospitalisation, dans un établissement social ou médico-social ou dans un centre de santé.

La présente convention s'applique également aux organismes de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire.

Sont désignés dans la présente convention comme les « caisses » et « l'assurance maladie », les organismes chargés de la gestion d'un régime d'assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique. Lorsque la seule caisse primaire ou caisse générale de sécurité sociale est visée, elle est réputée agir pour son compte et pour le compte de tous les organismes d'assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique.

La convention et ses avenants entrent en vigueur le lendemain de la publication de leurs arrêtés d'approbation.

Les orthophonistes placés sous le régime de la présente convention bénéficient des droits inscrits dans la convention et s'engagent à en respecter toutes les dispositions ainsi que celles des textes régissant l'exercice de la profession.

Les engagements conventionnels s'imposent également aux orthophonistes qui exercent à la place d'un orthophoniste conventionné dans le cadre d'un remplacement. Dans ce cas,

l'orthophoniste conventionné informe les intéressés de l'obligation qui leur incombe de respecter les dispositions conventionnelles.

Les caisses d'assurance maladie s'engagent à respecter toutes les dispositions prévues par la présente convention et les textes réglementaires régissant l'exercice de la profession.

### ***Les patients bénéficiaires des dispositions conventionnelles***

Les dispositions conventionnelles bénéficient à l'ensemble des ressortissants relevant des risques garantis par les régimes d'assurance maladie obligatoire, y compris le régime de la couverture maladie universelle, et celui des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les représentants des orthophonistes et l'UNCAM ont signé un protocole national le 28 juin 2019 aux fins de permettre la prise en charge par l'Assurance Maladie des actes réalisés par les orthophonistes en milieu scolaire ou au sein d'un lieu d'accueil auprès des enfants handicapés ou dans un lieu de formation auprès des adultes handicapés.

Ce protocole figure en annexe 13.



## **TITRE 1 - CONFORTER L'ACCES AUX SOINS**

### **Article.3. Dispositif démographique applicable aux orthophonistes**

Les parties signataires confirment leur souhait de lutter contre les inégalités d'accès aux soins et de garantir une réponse adaptée aux besoins en soins de la population sur l'ensemble du territoire.

Les parties signataires constatent qu'il existe encore des disparités géographiques d'offre de soins en orthophonie, qui peuvent conduire, dans les zones à faible densité, à des difficultés d'accès aux soins pour les patients.

Dès lors, les parties signataires s'engagent à poursuivre la réduction progressive de ces disparités en renforçant de manière significative le dispositif incitatif proposé aux orthophonistes pour les encourager à s'installer dans les zones sous-denses définies ci-après.

Les parties rappellent que ces mesures ne pourront intervenir qu'à la date d'entrée en vigueur de la publication effective du nouveau zonage dans la région, conformément aux dispositions de l'article L.1434-4 du code de la santé publique.

### **Article.3.1. Zonage démographique des orthophonistes**

Les partenaires conventionnels ont mené des travaux afin de rénover la méthodologie de classification des zones dans lesquelles les partenaires conventionnels ont défini des mesures d'incitation en vue d'une meilleure répartition géographique de l'offre de soins d'orthophonie. L'objectif poursuivi par les partenaires conventionnels est de se rapprocher de la méthodologie de l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) développée par la DREES qui pourra à terme être retenue.

Ils proposent donc de retenir la méthode suivante et complétée en annexe 2 pour déterminer les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins d'orthophonie ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé, définies à l'article L.1434-4 du code de la santé publique.

Les nouveaux zonages entreront en vigueur sous réserve de la publication des arrêtés prévus par l'article L.1434-4 du code de la santé publique.

#### **Article.3.1.1. Délimitation des zones**

Le territoire national est divisé en bassins de vie pseudo-cantons classés en quatre catégories de zones définies par la méthode figurant en annexe 2.

Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, au sens de l'article L.1434-4 du code de la santé publique sont divisées en deux niveaux : les « zones très dotées » et les « zones sur dotées ».

Les « zones sur dotées » correspondent aux bassins de vie pseudo-cantons qui recouvrent les 12,4% de la population française totale pour lesquels l'offre de soins en orthophonie est la plus élevée.

Les « zones très dotées » correspondent aux bassins de vie pseudo-cantons qui recouvrent les 10,2% de la population française totale pour lesquels l'offre de soins en orthophoniste est inférieure à celle des zones « sur dotées ».

Les zones caractérisées par une offre de soins en orthophonie insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, au sens de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, sont désignées comme « zones sous-denses ».

Les zones sous-denses correspondent aux bassins de vie pseudo-cantons qui recouvrent 17,5% de la population française totale pour lesquels l'offre de soins en orthophoniste est la moins élevée.

Les autres bassins de vie ou pseudo-cantons sont classés en zones « intermédiaires ».

Les nouveaux zonages entreront en vigueur sous réserve de la publication des arrêtés prévus par l'article L.1434-4 du code de la santé publique.

### **Article.3.2. Dispositifs d'incitation à l'installation et au maintien dans les zones sous-denses**

Les parties signataires souhaitent parvenir à un meilleur équilibre de l'offre de soins en orthophonie sur le territoire afin de garantir une réponse adaptée aux besoins de soins de la population.

Les parties signataires estiment nécessaire, par des mesures structurantes, de privilégier l'implantation des orthophonistes libéraux dans les zones « sous-denses » et de favoriser le maintien de l'activité des orthophonistes qui y sont d'ores et déjà installés.

#### **Article.3.2.1. Contrats incitatifs orthophoniste (CIO)**

##### **Article.3.2.1.1. Contrat type national d'aide à l'installation des orthophonistes dans les « zones sous-denses »**

Le contrat type national d'aide à l'installation des orthophonistes dans les « zones sous-denses » est défini en annexe 3 du présent texte.

#### **A. Objet du contrat**

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des orthophonistes libéraux en zones « sous-denses », par la mise en place d'une aide forfaitaire pour les accompagner dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité en exercice libéral dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses etc...)

#### **B. Bénéficiaires du contrat**

Ce contrat est proposé aux orthophonistes libéraux conventionnés s'installant dans une zone « sous-dense » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Pour un même orthophoniste, le contrat d'aide à l'installation n'est cumulable ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.2.1.3 du présent texte, ni avec le contrat d'aide à la première installation défini à l'article 3.2.1.2.

Ce contrat est d'une durée de 5 ans.

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

### **C. Engagements de l'orthophoniste**

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

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévu à l'article 29 du présent texte ;
- à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans la zone « sous-dense » à compter de la date d'adhésion ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50% de son activité dans la zone « sous-dense » 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.

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

### **D. Engagements de l'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale de Santé**

L'orthophoniste adhérant au contrat bénéficie :

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

Cette aide est versée de la manière suivante :

- -7500 euros versés à la date de signature du contrat
- 7500 euros versés avant le 30 avril de l'année civile suivante.

et ensuite les trois années suivantes, 1500 euros par année versés avant le 30 avril de l'année civile suivante.

L'orthophoniste adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 200 euros par mois (pendant la durée de stage) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir un étudiant stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> année d'études dans les conditions précisées aux articles D.4341-7 et suivants du code de la santé publique. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

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

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

#### **Article.3.2.1.2. Contrat type national d'aide à la première installation des orthophonistes dans les « zones sous-denses »**

Le contrat type national d'aide à la première installation des orthophonistes dans les « zones sous-denses » est défini en annexe 4 du présent texte.

## **A. Objet du contrat**

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des orthophonistes libéraux débutant leur exercice professionnel en zones « sous-dense », par la mise en place d'une aide forfaitaire majorée visant à les accompagner dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité en exercice libéral dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses etc...).

## **B. Bénéficiaires du contrat**

Ce contrat est proposé aux orthophonistes libéraux s'installant dans une zone « sous-dense » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique et sollicitant pour la première fois leur conventionnement auprès de l'assurance maladie.

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

Ce contrat est d'une durée de 5 ans.

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

## **C. Engagements de l'orthophoniste**

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

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévu à l'article 29 du présent texte ;
- à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans la zone « sous-dense » à compter de la date d'adhésion ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50% de son activité dans la zone « sous-dense » 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.

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

## **D. Engagements de l'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale de Santé**

L'orthophoniste adhérant au contrat bénéficie :

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

Cette aide est versée de la manière suivante :

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

et ensuite les trois années suivantes 1500 euros par année versés avant le 30 avril de l'année civile suivante.

L'orthophoniste adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 200 euros par mois (pendant la durée de stage) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir un étudiant stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> année d'études dans les conditions précisées aux articles D. 4341-7 et suivants du code de la santé publique. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

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

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

### **Article.3.2.1.3. Contrat type national d'aide au maintien des orthophonistes dans les « zones sous-denses »**

Le contrat type national d'aide au maintien des orthophonistes dans les « zones sous-denses » est défini à l'annexe 5 du présent texte.

#### **A. Objet du contrat**

Le contrat a pour objet de favoriser le maintien des orthophonistes libéraux en zones « sous-denses » par la mise en place d'une aide forfaitaire.

#### **B. Bénéficiaires du contrat**

Ce contrat est proposé aux orthophonistes libéraux conventionnés installés dans une zone « sous-dense » telle que définie au 1<sup>o</sup> de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

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

Ce contrat est d'une durée de 3 ans et renouvelable par tacite reconduction.

#### **C. Engagements de l'orthophoniste**

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

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévu à l'article 29 du présent texte ;
- à exercer pendant une durée minimale de trois ans dans la zone « sous-dense » à compter de la date d'adhésion ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50% de son activité dans la zone « sous-dense » 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.

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

## **D. Engagements de l'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale de Santé**

L'orthophoniste bénéficie d'une aide forfaitaire de 1500 euros par an au titre de la prise en charge des cotisations sociales du risque allocations familiales. Elle est versée au titre de chaque année avant le 30 avril de l'année civile suivante.

L'orthophoniste adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 200 euros par mois (pendant la durée de stage) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir un étudiant stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> année d'études dans les conditions précisées aux articles D.4341-7 et suivants du code de la santé publique. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

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

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

### **Article.3.2.2. Dispositifs communs aux contrats incitatifs orthophonistes**

#### **A. Modulation possible par l'Agence Régionale de Santé du contrat type régional**

L'Agence Régionale de Santé peut décider de majorer les aides forfaitaires à l'installation, à la première installation, au maintien, 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 sous-denses telles que prévues au 1<sup>o</sup> de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

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

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

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

#### **B. Articulation du contrat type national avec les contrats types régionaux**

Les contrats incitatifs orthophonistes types nationaux sont définis aux annexes 3 à 6 du présent texte conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats types régionaux sont définis par chaque ARS après appréciation des éventuelles aides existantes dans la région pour soutenir cette activité conformément aux dispositions des contrats types nationaux. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale prévue dans les contrats types nationaux sont définies dans les contrats types régionaux.

Un contrat tripartite entre l'orthophoniste, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme aux contrats types régionaux est proposé aux orthophonistes éligibles.

### **C. Dispositions transitoires** (dispositions issues de l'avenant 19)

A compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats types régionaux, les orthophonistes installés ou s'installant en zones sous-denses pourront bénéficier des contrats incitatifs définis en annexe 3, 4 et 5 du présent texte. Avant cette date, ces contrats incitatifs ne pourront bénéficier qu'aux seuls orthophonistes installés ou s'installant en zones très sous-dotées selon le zonage en vigueur sur le territoire.

### **D. Conséquences d'une modification des zones sous-denses**

Par dérogation, les contrats conclus sur la base des modèles de contrats définis dans le présent texte par des orthophonistes ne se trouvant plus dans les zones sous-denses à la suite de la publication de l'arrêté du directeur général de l'ARS, se poursuivent jusqu'à leur terme. En effet, les orthophonistes installés dans une zone antérieurement caractérisée comme zone sous-denses doivent pouvoir conserver transitoirement le bénéfice de l'aide à laquelle ils étaient auparavant éligibles.

## **Article.3.3. Objectifs de rééquilibrage de l'offre de soins en orthophonie sur le territoire et accompagnement du dispositif**

### **Article.3.3.1. Les objectifs de rééquilibrage de l'offre de soins en orthophonie**

Les parties signataires estiment que la mise en œuvre des incitations doit permettre d'atteindre, 3 ans après l'entrée en vigueur de l'avenant 19 à la convention nationale, des objectifs chiffrés attestant de la poursuite d'un rééquilibrage de la répartition démographique de la profession sur le territoire.

Concernant les zones incitées, les partenaires conventionnels se sont engagés sur deux objectifs qui figurent en annexe 6.

Le premier consiste à atteindre à l'issue des 3 ans un solde positif des installations des orthophonistes pour 75 % des zones sous-denses. Le taux observé en 2021 était de 71% pour ces zones.

Le second fixe à 10,7% le rapport entre le nombre total des installations nouvelles dans les zones sous-denses et le nombre des installations nouvelles ou des changements de lieux d'exercice, entre bassins de vie/pseudo-cantons, en France entière à l'issue des 3 ans. Compte tenu du nombre des installations observées, cette part correspondait en 2021 à 7,7%.

A l'inverse, concernant les zones « sur-dotées » et « très dotées », l'objectif est que la part des installations dans ces zones diminue de 2 points sur trois ans par rapport à celle constatée dans ces mêmes zones à la fin d'année 2021, égale à 35,6 %. La part des installations en zones « sur-dotées » et « très dotées » doit donc s'établir à 33,6 % du total des installations d'orthophonistes libéraux en France entière à l'issue des 3 ans.

### **Article.3.3.2. Suivi du dispositif démographique**

Un suivi régulier du dispositif démographique sera réalisé en Commission Paritaire Nationale et, le cas échéant en Commission Paritaire Régionale au regard notamment de ces indicateurs.

Une évaluation de l'impact du dispositif sur l'offre de soins en orthophonie sera réalisée trois ans après l'entrée en vigueur du présent avenant. Cette évaluation sera réalisée en année civile et sera mise en œuvre dès lors que 80% des arrêtés prévus par l'article L.1434-4 du code de la santé publique sont publiés. En cas de nécessité, les parties signataires feront évoluer le dispositif instauré par le présent avenant.

A l'issue des trois ans d'évaluation, un bilan sera réalisé par la Commission paritaire nationale afin d'évaluer si la mise en place des mesures incitatives prévues à l'article 3.2 du présent texte a permis d'atteindre les objectifs fixés et donc de contribuer au rééquilibrage de l'offre de soins en orthophonie sur le territoire.

Dans l'hypothèse où les objectifs d'évolution de la répartition démographique ne seraient pas atteints à l'issue des 3 ans, les parties signataires s'engagent à conclure un avenant conventionnel comportant un dispositif permettant d'encadrer le conventionnement des orthophonistes dans les « zones sur dotées »

### **Article.3.3.3. Accompagnement du dispositif**

Les parties signataires conviennent de poursuivre les actions d'information sur le thème de la répartition démographique de la profession auprès des orthophonistes souhaitant s'installer en libéral sous convention ainsi qu'auprès des étudiants en orthophonie.

Les parties signataires s'entendent ainsi pour diffuser largement les constats réalisés au niveau régional en matière de répartition démographique des orthophonistes libéraux, notamment le classement des bassins de vie, ainsi que les différents types d'aides disponibles pour l'installation, émanant aussi bien de l'Etat, des collectivités territoriales que de l'assurance maladie.

### **Article.4. Développement des actions de prévention**

Les parties signataires rappellent que la prévention et le dépistage sont des éléments essentiels de la politique de santé. Elles estiment nécessaires de mettre en place des actions de prévention parallèlement à celles conduites par les pouvoirs publics.

Les partenaires conventionnels ont mis en place à titre expérimental une action de prévention des troubles du langage et de la communication chez les enfants en milieu scolaire. L'objectif de cette action est de favoriser le dépistage des troubles de l'expression, du graphisme ou de la communication.

Un suivi régulier de ces dispositifs expérimentaux est réalisé en Commission Paritaire Nationale et, le cas échéant, en Commission Paritaire Régionale et/ou en Commission Paritaire Départementale.



A l'issue de ces actions, un bilan sera réalisé par la Commission Paritaire Nationale afin d'évaluer si la mise en place des mesures définies dans ce cadre a permis de contribuer à une meilleure prise en charge des enfants sur les zones concernées.

Parallèlement à la réalisation de ces expérimentations, les partenaires conventionnels souhaitent poursuivre les travaux avec l'éducation nationale en vue d'étendre les actions de prévention des troubles du langage et de la communication en milieu scolaire.

Il conviendra de définir les modalités d'intervention des orthophonistes dans ce domaine en tenant compte du bilan issu de l'expérimentation décrite, de la mise en œuvre de l'expérimentation de l'accès direct à l'orthophonie décrite dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2022 ainsi que du suivi de la mesure portant sur le bilan de prévention et d'accompagnement parental prévu à l'article 7 bis du titre 2.

#### **Article.5. Les outils en faveur de la coordination**

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

Par ailleurs, le déploiement d'outils dématérialisés facilitant l'échange d'informations entre les professionnels de santé autour du suivi des patients et le travail coordonné doit être favorisé.

A cet égard, le développement du recours aux outils tels que le dossier médical partagé (DMP) et la messagerie sécurisée doit être encouragé dans l'objectif de favoriser plus largement une amélioration de la coordination du parcours de soins des patients entre les différents professionnels de santé en ville.

#### **Article.6. Le recours à la télésanté**

##### **Article.6.1. Le recours au télésoin**

##### **Article.6.1.1. Champ d'application du télésoin**

##### **Article.6.1.1.1. Définition**

Dans le cadre de la présente convention, est entendu comme télésoin, l'acte réalisé à distance en vidéo-transmission entre un orthophoniste exerçant une activité libérale conventionnée ou dans une structure conventionnée et un patient.

L'opportunité du recours au télésoin est appréciée au cas par cas par l'orthophoniste et relève d'une décision partagée du patient et du professionnel qui va réaliser l'acte.

### **Article.6.1.1.2. Patients concernés**

L'ensemble des patients peut bénéficier du télésoin.

Ils doivent être informés des conditions de réalisation de l'acte en télésoin, des alternatives possibles et, après avoir reçu ces informations, avoir donné leur consentement préalablement à la réalisation de l'acte.

À tout moment, si l'orthophoniste ou le patient estime que le télésoin n'est pas ou n'est plus adapté à la situation, le professionnel trace cette décision de ne pas réaliser le télésoin ou d'y mettre fin dans le dossier du patient (et dans le dossier médical partagé, si le patient en possède un) et propose au patient une prise en charge alternative.

### **Article.6.1.1.3. Situations concernées**

Aucune situation de soin ne peut être exclue a priori du télésoin, à l'exception des actes nécessitant :

- un contact direct en présentiel avec le patient ;
- un équipement spécifique non disponible auprès du patient.

Les partenaires conventionnels s'accordent également sur le fait que les bilans initiaux ne peuvent pas être réalisés en télésoin.

Il relève de la compétence et de la responsabilité de l'orthophoniste de juger de la pertinence du recours au télésoin au regard des recommandations en vigueur et de la situation du patient.

Les actes prescrits réalisés en télésoin doivent être inscrits à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

### **Article.6.1.1.4. Connaissance préalable du patient**

#### **a) Le principe**

Pour assurer la qualité des soins et juger de la pertinence de l'acte à distance, les patients doivent être connus de l'orthophoniste réalisant l'acte en télésoin, c'est-à-dire avoir bénéficié d'au moins un acte ou bilan en présentiel dans les douze mois précédant la réalisation d'un acte en télésoin avec l'orthophoniste réalisant le télésoin.

Les partenaires conventionnels conviennent qu'au cours d'une série d'actes facturée par un orthophoniste ou plusieurs orthophonistes au titre de la prise en charge d'un même patient, le bilan initial doit être réalisé en présentiel conformément à l'article 6.1.1.3.

En effet, au regard des recommandations actuelles, le recours au télésoin est d'autant plus pertinent que la relation patient/orthophoniste est bien établie.

Le suivi régulier du patient peut s'effectuer à la fois par des actes en présentiel et en télésoin au regard des besoins du patient et de l'appréciation de l'orthophoniste.

Le respect de ces principes conditionne la prise en charge du télésoin par l'assurance maladie.

#### **b) Exception au principe de connaissance préalable du patient**

Les actes suivants peuvent être réalisés à distance par un orthophoniste sans connaissance préalable du patient telle que définie au paragraphe a) ci-dessus :

- Prise en charge urgente des patients en sortie d'hospitalisation sous réserve qu'un bilan présentiel ait été effectué par un orthophoniste avant la sortie d'hospitalisation avec transmission du plan de soin.

#### **Article.6.1.1.5. Impossibilité pour les orthophonistes d'exercer une activité exclusive à distance**

Les partenaires conventionnels rappellent qu'un orthophoniste ne peut pas réaliser son activité exclusivement à distance. A ce titre, ils conviennent qu'au maximum 20% de l'activité conventionnée d'un orthophoniste peut être effectuée à distance. Ce seuil est appliqué à l'activité annuelle globale de l'orthophoniste (et non par patient afin de permettre pour certains patients qui le nécessitent d'avoir une prise en charge à distance plus importante voire exclusive). Un suivi de l'activité à distance des orthophonistes sera réalisé annuellement en commission paritaire nationale, les membres de la CPN pourront le cas échéant proposer de réévaluer ce seuil en fonction du développement de l'activité à distance des orthophonistes.

Le non-respect de cette disposition est susceptible d'enclencher la procédure décrite à l'article 42.1 de la présente convention.

#### **Article.6.1.1.6. Principe de la territorialité de la réponse à la demande de soins**

La réponse à la demande de télésoin se base sur un principe de territorialité.

Cette notion implique que seul un orthophoniste du même territoire que le patient peut réaliser le télésoin.

La notion de territorialité n'est pas définie comme une limite géographique. Elle repose sur le fait de pouvoir apporter une réponse de proximité permettant le recours à des soins en présentiel lorsque la situation l'exige ou que l'ensemble des actes nécessaires à la prise en charge du patient ne peut se faire à distance.

### **Article.6.1.2. Modalités de réalisation du télésoin**

#### **Article.6.1.2.1. Conditions de réalisation**

Le télésoin est obligatoirement réalisé par vidéotransmission, et dans des conditions d'équipement, d'accompagnement et d'organisation adaptées aux situations cliniques des patients permettant de garantir la réalisation de soins de qualité.

Il doit également être réalisé :

- dans un lieu permettant la confidentialité des échanges entre le patient et l'orthophoniste ;
- dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc.) et la traçabilité de la facturation des actes réalisés, dans les conditions respectueuses des référentiels de sécurité et d'interopérabilité concernant la transmission et les échanges de données.

Pour les mineurs de moins 18 ans, le télésoin se réalise conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé.

Les orthophonistes souhaitant recourir au télésoin peuvent se référer aux différents référentiels, cahiers des charges et recommandations encadrant ces conditions de réalisation émanant des différentes autorités, opérateurs sanitaires ou d'autres autorités publiques.

#### **Article.6.1.2.2. Traçabilité de l'acte réalisé en télésoin**

L'acte de télésoin fait l'objet d'une note établie par l'orthophoniste, qu'il archive dans son propre dossier patient, conformément aux obligations légales et réglementaires. Une note peut être également intégrée par l'orthophoniste libéral dans le dossier médical partagé (DMP) du patient lorsqu'il est ouvert. Cette intégration s'effectue dans les conditions définies par les articles L. 1111-14 et suivants et R. 1111-30 et suivants du code de la santé publique relatifs aux conditions d'alimentation du DMP et aux conditions d'accès du patient et des professionnels de santé aux informations présentes dans ce dossier.

#### **Article.6.1.3. Modalités de rémunération et de facturation des actes réalisés en télésoin**

##### **Article.6.1.3.1. Rémunération de l'orthophoniste réalisant un acte en télésoin**

Les actes en télésoin sont facturés avec la lettre clé TMO affectée des mêmes coefficients que les actes réalisés en présence du patient auxquels ils se substituent et selon les règles de la NGAP.

Les actes de télésoin ne peuvent pas être cumulés avec les frais de déplacements (prévus à l'article 13 de la NGAP).

Les majorations associées aux actes en télésoin s'appliquent dans les mêmes conditions que l'acte réalisé en présence du patient à l'exception :

- du forfait de prise en charge des patients en situation de handicap prévu à l'article 9 de la convention nationale et
- du forfait de prise en charge des patients en post-hospitalisation prévu à l'article 11 de la convention nationale.

Ces forfaits ne peuvent être associés aux actes en télésoin.

##### **Article.6.1.3.2. Modalités de facturation du télésoin**

En l'absence de possibilité de lire la carte Vitale du patient, la facturation peut être réalisée en mode SESAM sans Vitale, dans les conditions définies à l'article R. 161-43-1 du code de la sécurité sociale.

De manière dérogatoire, dans l'attente de la modification de l'article précité pour intégrer les actes en télésoin, si le logiciel SESAM-Vitale n'est pas à jour vis-à-vis des évolutions au cahier des charges SESAM-Vitale des modalités de facturation, l'orthophoniste a la possibilité de facturer en mode SESAM "dégradé" dans les conditions définies à l'article 30.1.2 de la présente convention.

A ce titre, les partenaires conventionnels conviennent que seuls les actes de télésoins (TMO) transmis en mode SESAM sans Vitale sont pris en compte au titre du calcul de l'indicateur relatif au taux de FSE du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation défini à l'article 29.

Dans le cadre de la facturation d'actes en série pouvant comprendre un ou plusieurs actes à distance et en présentiel :

- l'orthophoniste peut facturer l'ensemble de la série dans le seul cas où le dernier acte facturé est réalisé à distance. La transmission de la facture est alors effectuée :
  - ✓ en mode SESAM sans Vitale par les logiciels agréés télémédecine et
  - ✓ en mode dégradé conformément aux dispositions précitées par les logiciels non agréés télémédecine.
- l'orthophoniste n'est pas autorisé à facturer l'ensemble de la série dans le cas où le dernier acte est réalisé en présence du patient. La transmission en mode sécurisé Vitale (sécurisation avec la carte Vitale du patient) d'une facture d'actes en série comprenant des actes réalisés à distance n'est pas autorisée. Dans ce cas, deux facturations sont alors nécessaires : les actes réalisés en présentiel sont facturés en SESAM Vitale ; les actes à distance sont facturés en SESAM sans Vitale ou en mode dégradé conformément aux dispositions précitées.

## **Article.6.2. Le recours à la téléexpertise**

Les dispositions suivantes entreront en vigueur sous réserve des modifications de l'article 28.6.2. de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie et permettant à ces derniers d'être requis par un orthophoniste dans le cadre d'une téléexpertise et de l'inscription de la téléexpertise dans les conventions nationales relatives aux autres professions médicales.

### **Article.6.2.1. Champ d'application à la téléexpertise**

#### **Article.6.2.1.1. Définition**

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 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 d'un patient.

En dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, l'avis donné par le professionnel médical requis peut porter sur une question circonscrite ou sur l'exposition d'une situation complexe et l'analyse d'au moins un ou plusieurs types de documents transmis en appui par le professionnel de santé requérant.

Est visé l'ensemble des orthophonistes ou tout autre professionnel de santé exerçant une activité libérale conventionnée ou dans une structure conventionnée qui requiert une téléexpertise.

Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par l'orthophoniste requérant.

L'opportunité de sa réalisation relève de la responsabilité du professionnel médical requis.

### **Article.6.2.1.2. Patients concernés**

L'ensemble des patients peut bénéficier de téléexpertise, sous réserve des dispositions prévues dans le cadre d'autres conventions nationales prévues aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale.

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

### **Article.6.2.2. Modalités de réalisation de l'acte de téléexpertise**

#### **Article.6.2.2.1. Conditions de réalisation**

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

- la confidentialité des échanges entre l'orthophoniste requérant et le professionnel médical requis ;
- la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, secret médical, etc.) et la traçabilité de la facturation des actes réalisés ;
- le respect des référentiels de sécurité et d'interopérabilité concernant la transmission et les échanges de données.

L'équipement doit être adapté à l'usage de la téléexpertise avec une couverture des services nécessaires (images, photographies, tracés, etc.). Les échanges dans le cadre de la téléexpertise entre l'orthophoniste requérant et le professionnel médical requis doivent s'appuyer sur le recours à une messagerie sécurisée de santé.

Les orthophonistes souhaitant recourir à la téléexpertise peuvent se référer aux différents référentiels, cahiers des charges, recommandations encadrant ces conditions de réalisation émanant des autorités sanitaires ou d'autres autorités publiques.

Les téléexpertises effectuées entre l'orthophoniste requérant et le professionnel médical requis sont asynchrones et peuvent être ponctuelles ou répétées.

#### **Article.6.2.2.2. Compte-rendu de la téléexpertise**

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

Un compte rendu est intégré dans le dossier médical partagé (DMP) du patient lorsqu'il est ouvert. Cette intégration s'effectue dans les conditions définies par les articles L. 1111-14 et suivants et R. 1111-30 et suivants du code de la santé publique et relatifs aux conditions d'alimentation du DMP et aux conditions d'accès du patient et des professionnels de santé aux informations présentes dans ce dossier.

### **Article.6.2.3. Modalités de rémunération de l'acte de téléexpertise**

Le travail de coordination de l'orthophoniste requérant, sollicitant pour une meilleure prise en charge de son patient une téléexpertise auprès d'un professionnel médical, est valorisé dans les conditions suivantes :

- l'acte de demande de téléexpertise est valorisé à hauteur de 10€ par téléexpertise ;
- et dans la limite de 2 actes par an, par orthophoniste, pour un même patient.

Ces actes sont facturés avec la lettre-clé RQD.

La mise en œuvre de ces mesures tarifaires est soumise au délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Ces dispositions entreront en vigueur après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

#### **Article.6.2.4. Modalités de facturation de l'acte de téléexpertise**

Dans le cadre des téléexpertises, si le patient est connu du professionnel médical requis, les données administratives nécessaires à la facturation sont enregistrées dans le logiciel de ce professionnel.

Dans les cas où le professionnel médical requis ne connaît pas le patient, les données administratives du patient (nom, prénom, NIR et pour les ayants droit, en sus la date de naissance et le rang gémellaire) sont transmises par l'orthophoniste requérant.

Dans tous les cas, l'orthophoniste doit également communiquer au professionnel médical requis son numéro d'identification de professionnel de santé qui doit être renseignée dans la feuille de soins du professionnel médical requis.

En l'absence du patient au moment de la facturation de l'acte de demande de téléexpertise par l'orthophoniste requérant, un appel au web service ADRe, dans les conditions définies à l'article 26 de la convention, est réalisé afin de récupérer les données de droits actualisées du patient et ainsi de fiabiliser la facturation.

En outre, l'orthophoniste doit obligatoirement mentionner dans la feuille de soins le numéro d'identification du professionnel médical requis que celui-ci lui aura préalablement communiqué.

En l'absence de possibilité de lire la carte Vitale du patient, la facturation des actes de téléexpertise s'effectue en mode SESAM sans Vitale, dans les conditions définies à l'article R. 161-43-1 du code de la sécurité sociale.

De manière dérogatoire, si le logiciel SESAM-Vitale n'est pas à jour vis-à-vis des évolutions au cahier des charges SESAM-Vitale des modalités de facturation des actes de télésanté, l'orthophoniste a la possibilité de facturer en mode SESAM « dégradé » dans les conditions définies à l'article 30.1 de la présente convention.

A ce titre, les partenaires conventionnels conviennent que seuls les actes de téléexpertise (RQD) et les actes de télésoin (TMO) transmis en mode SESAM sans Vitale sont pris en compte au titre

du calcul de l'indicateur relatif au taux de FSE du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation défini à l'article 29.

**Article 6 bis. Prise en charge orthophonique des patients dans les structures médico-sociales**

Les partenaires conventionnels rappellent leur attachement à la prise en charge orthophonique des patients accueillis en structures médico-sociales.

Ils conviennent de la nécessité d'engager des travaux à ce sujet réunissant l'ensemble des acteurs concernés.



## **TITRE 2 -VALORISER L'ACTIVITE DES ORTHOPHONISTES**

### **LIBERAUX**

Les partenaires conventionnels partagent la volonté de valoriser l'activité de bilan, dont le diagnostic orthophonique, et de rééducation afin de tenir compte de l'évolution des pathologies et de leur prise en charge, nécessitant des actes de technicité graduelle.

Ils conviennent parallèlement de la nécessité de valoriser l'investissement des orthophonistes dans le cadre de certaines prises en charge complexes notamment dans la surveillance des patients en sorties d'hospitalisation, dans la prévention et le dépistage des enfants ou encore dans le suivi du handicap.

#### **Article.7. La valorisation de l'activité de bilan orthophonique**

Les partenaires conventionnels conviennent que le bilan orthophonique constitue un des outils principaux d'information, de coordination et d'amélioration de la qualité de prise en charge, à la disposition des orthophonistes.

L'examen orthophonique dans son ensemble est en effet à la base de l'évaluation des troubles du langage et de la communication, des troubles de la cognition mathématique, des troubles de la voix et des troubles des fonctions oro-myo-faciales en fonction des plaintes décrites, de la pathologie, de l'âge du patient et de l'expression de ses besoins dans les activités.

Sur prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic, l'objectif et le plan de soins proposés. Ce bilan, accompagné des objectifs de la rééducation, le nombre et la nature des séances, est communiqué au médecin prescripteur. L'architecture rédactionnelle des comptes rendus de bilans orthophoniques est précisée à l'annexe 7 de la présente convention.

La nomenclature des actes professionnels distingue actuellement 8 bilans :

- bilan de la déglutition et des fonctions oro-myo-faciales
- bilan de la phonation
- bilan de la communication et du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition de la communication et du langage écrit
- bilan de la communication et du langage écrit
- bilan de la dyscalculie et des troubles du raisonnement logico-mathématique
- bilan des troubles d'origine neurologique
- bilan des bégaiements et des autres troubles de la fluence
- bilan de la communication et du langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux (inclus surdité, paralysies cérébrales, troubles envahissants du développement, maladies génétiques).

Afin de développer l'implication des orthophonistes dans certaines prises en charge, les parties signataires conviennent d'étudier les conditions de mise en place d'une valorisation de certains bilans, par la modification de leur coefficient fixé par la nomenclature générale des actes professionnels en deux phases :

- Un premier palier au 1<sup>er</sup> avril 2018 : majoration de 6 points pour l'ensemble des bilans

- Un deuxième palier au 1<sup>er</sup> janvier 2019 : majoration de 4 points pour l'ensemble des bilans

Parallèlement et en conformité avec le référentiel d'activités ( BO n°32 du 5 septembre 2013), les partenaires conventionnels souhaitent que soit actualisée la terminologie des libellés de certains actes d'orthophonie prévus au titre IV, chapitre II, article 2, à la nomenclature générale des actes professionnels.

Enfin, les partenaires conventionnels souhaitent créer un bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité

<b>Libellés existants dans la NGAP Titre IV – Chapitre II – Article 2 Rééducation des troubles de la voix, de la parole, de la communication et du langage</b>	<b>Cotation AMO 2017</b>	<b>Nouveaux libellés</b>	<b>Avril 2018</b>	<b>Janvier 2019</b>
Bilan de la déglutition et des fonctions oro-myo-faciales	16	Bilan de la déglutition et des fonctions vélo-tubo-tympaniques	22	26
Bilan de la phonation	24	Bilan de la phonation	30	34
		Bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité	30	34
Bilan de la communication et du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition de la communication et du langage écrit	24	Bilan de la communication et du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition de la communication et du langage écrit	30	34
Bilan de la communication et du langage écrit	24	Bilan de la communication et du langage écrit	30	34
Bilan de la dyscalculie et des troubles du raisonnement logico-mathématique	24	Bilan de la dyscalculie et des troubles de la cognition mathématique	30	34
Bilan des troubles d'origine neurologique	30	Bilan des troubles d'origine neurologique	36	40
Bilan des bégaiements et des autres troubles de la fluence	30	Bilan des bégaiements et des autres troubles de la fluence	36	40
Bilan de la communication et du langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux (inclus surdité, paralysies cérébrales, troubles envahissants du développement, maladies génétiques)	30	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	36	40

Ce tableau est un résumé synthétique des mesures souhaitées par les partenaires conventionnels. Des précisions seront apportées dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

L'ensemble des mesures proposées au présent article s'appliqueront sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

#### **Article 7 bis. Le bilan de prévention et d'accompagnement parental**

Pour améliorer la pertinence du recours aux soins en orthophonie et favoriser l'accompagnement des patients et de leur famille, les partenaires conventionnels proposent de créer un bilan de prévention et d'accompagnement parental.

Ce nouveau bilan serait facturable dans les situations pour lesquelles, après examen, l'orthophoniste estime que la réalisation du bilan orthophonique prescrit n'est pas adaptée et que le patient n'a pas besoin de séance de rééducation. Le bilan de prévention et d'accompagnement

réalisé permet à l'orthophoniste de prodiguer au patient ainsi que, le cas échéant, à la famille des conseils de prévention, un accompagnement et, si nécessaire, une orientation adéquate vers un professionnel médical.

Les partenaires conventionnels proposent que ce nouveau bilan soit valorisé à hauteur de 50 euros soit AMO 20.

A l'issue du bilan de prévention et d'accompagnement parental, l'orthophoniste doit rédiger une note en retour au médecin prescripteur.

Ce bilan ne doit pas être suivi de séance de rééducation et est substitutif à la réalisation d'un bilan orthophonique lorsque l'orthophoniste ne l'estime pas opportun.

Ce bilan peut être facturé pour un enfant, notamment dans le cadre du repérage des troubles du neuro-développement.

Les partenaires conventionnels réaliseront un suivi régulier de la mesure en Commission Paritaire Nationale, avec en particulier un suivi quantitatif des éventuels bilans supplémentaires réalisés pour un même patient dans l'année suivant la réalisation de ce bilan de prévention. Un bilan de la mesure sera réalisé dans un délai maximal de 2 ans suivant son entrée en vigueur afin d'y apporter, le cas échéant, des ajustements (en particulier sur la population cible et les conditions de facturation). En cas de volume anormalement élevé, au regard des 20% de bilans orthophoniques actuellement réalisés et non suivi de rééducation, les partenaires conventionnels s'accordent à baisser le niveau de valorisation du bilan de prévention et d'accompagnement parental.

La mise en œuvre de ces mesures tarifaires est soumise au délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Ces dispositions entreront en vigueur après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

### **Article.8. La valorisation de l'activité de rééducation**

La rééducation orthophonique est un projet individualisé, adapté à chaque patient tant dans les techniques que dans la durée des séances.

Les partenaires conventionnels souhaitent que soit actualisée la terminologie des libellés de certains actes d'orthophonie prévus au titre IV, chapitre II, article 2, de la nomenclature générale des actes professionnels notamment les actes liés à la prise en charge des troubles du neuro développement afin notamment de tenir compte des nouvelles définitions du DSM-V.

Par ailleurs, les parties signataires proposent :

- d'étendre le champ de l'acte d'« Education à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne, avec ou sans prothèse phonatoire, par séance » (AMO 13) afin de permettre sa facturation pour les rééducations de la voix en rapport avec une pathologie tumorale ;

- de modifier le libellé de l'acte « Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myofaciale chez les patients atteints de pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post traumatique » (AMO 15,7) afin d'inclure d'autres étiologies de pathologies neurologiques.

Ces dispositions entreront en vigueur après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et, dès lors qu'elle touche au périmètre des actes concernés, à l'expiration au délai mentionné à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

### **Article 8 bis. La valorisation de l'activité de rééducation en groupe**

Tenant compte des recommandations de bonnes pratiques réaffirmant la pertinence et l'intérêt des techniques de rééducation en groupe, les partenaires conventionnels proposent de valoriser ces types de rééducation et d'en préciser les conditions de réalisation.

Les partenaires conventionnels proposent à cet effet d'ouvrir à tous les actes de rééducation la possibilité de réaliser des séances en groupe, facturées en AMO 9, dans le respect des recommandations de bonne pratique.

Ces dispositions entreront en vigueur après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et, pour les actes qui n'étaient pas éligibles à une rééducation en groupe, à l'expiration du délai mentionné à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

### **Article.9. La valorisation de la prise en charge du patient en situation de handicap**

Afin d'améliorer la prise en charge des patients en situation de handicap dans le cadre des troubles spécifiques du langage, de la communication et des troubles spécifiques des apprentissages, les partenaires conventionnels se sont accordés pour créer un forfait mis en place au 1<sup>er</sup> juillet 2019 visant à la mise en place des aides fonctionnelles à la communication qui favorisent la compensation des troubles dans le cadre de vie habituel du patient. L'objectif est de définir une stratégie de prise en charge personnalisée pour améliorer la compensation du handicap.

Ce forfait d'un montant de 50 euros comprend l'indemnité de déplacement.. Il peut être coté en association d'un acte de rééducation AMO 13,8 (Education ou rééducation de la communication et du langage dans les handicaps et /ou les déficiences), AMO 14 (Rééducation des dysphasies), AMO 15,4 ou AMO 15,7 chez les enfants jusqu'à 16 ans inclus, ou seul dans le cadre de ces prises en charge. L'orthophoniste peut facturer ce forfait que l'acte soit réalisé au domicile du patient ou à son cabinet. Il est facturable dans ce cadre une fois par an par patient présentant un handicap de la communication et, le cas échéant, en cas d'aggravation importante de l'état de santé du patient.

**Article 9 bis. La valorisation de la prise en charge des patients présentant un trouble du neuro-développement et orientés vers une plateforme de coordination et d'orientation (PCO)**

Afin d'améliorer la prise en charge des enfants présentant un trouble du neuro-développement et orientés vers une plateforme de coordination et d'orientation (PCO), les partenaires conventionnels s'accordent pour valoriser via un forfait l'implication des orthophonistes dans ce type de prise en charge et les spécificités des contraintes liées aux PCO.

Ce forfait d'un montant de 50 euros comprend, le cas échéant, l'indemnité de déplacement et ne peut être coté qu'en association d'un acte effectué pour un enfant souffrant de troubles du neuro-développement dans le cadre d'une prise en charge coordonnée par une plateforme PCO.

Le forfait est facturable dans ce cadre une fois par an et par patient jusqu'à la date anniversaire des 12 ans inclus de l'enfant.

Ce forfait n'est pas cumulable avec le forfait de prise en charge des patients en situation de handicap prévu à l'article 9 de la convention nationale.

La mise en œuvre de la mesure tarifaire portée par cet article est soumise au délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale

**Article 9 ter. La valorisation de la prise en charge des patients présentant des troubles du neuro-développement (actes concernant les troubles de la communication écrite et de la cognition mathématique)**

Afin d'améliorer la prise en charge des patients présentant des troubles du neuro-développement, les partenaires conventionnels proposent de valoriser les actes de rééducation, des troubles de la communication et du langage écrit, des troubles de la cognition mathématique et des troubles du graphisme, par la modification de leur coefficient fixé à la nomenclature générale des actes professionnels en deux étapes :

- 6 mois après l'entrée en vigueur de l'avenant 19 : majoration de 0,7 point du coefficient de ces actes ;
- au 1<sup>er</sup> juillet 2023 : majoration de 0,8 point du coefficient de ces actes.

<b>Libellé de l'acte</b>	<b>Cotation AMO au 1<sup>er</sup> janvier 2022</b>	<b>1<sup>ère</sup> étape de revalorisation</b>	<b>2<sup>nde</sup> étape de revalorisation</b>
Rééducation des troubles du graphisme et de l'écriture, par séance	10	10,7	11,5
Rééducation des troubles de la communication et du langage écrit, par séance	10,1	10,8	11,6
Rééducation des troubles de la cognition mathématique (dyscalculie, troubles du raisonnement logicomathématique...), par séance	10,2	10,9	11,7

Le tableau ci-dessus est un résumé synthétique des mesures souhaitées par les partenaires conventionnels.

La mise en œuvre de ces mesures tarifaires est soumise au délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Les partenaires conventionnels s'engagent parallèlement à initier au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2022 des travaux visant à actualiser certains libellés de la nomenclature générale des actes professionnels au regard des évolutions des classifications internationales (DSM V et CIM 11).

La modification de la nomenclature sera réalisée après avis des conseils nationaux professionnels d'orthophonie et de pédiatrie.

Ces dispositions entreront en vigueur après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

#### **Article.10. La valorisation de la prise en charge des enfants de moins de 3 ans**

Afin d'améliorer la prise en charge des enfants de moins de 3 ans, les partenaires conventionnels se sont accordés pour créer une majoration dont le montant est fixé à 6 euros par acte à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2019.

L'objectif de cette majoration est de favoriser les interventions précoces et très précoces de l'orthophoniste chez ces enfants afin de prévenir les risques d'aggravation, de complication et de chronicisation notamment des troubles sévères des interactions, de la communication, de l'oralité, des dysphagies, des syndromes génétiques et des troubles neurologiques.

Cette majoration peut être facturable pour tous les actes de rééducation réalisés jusqu'à la date anniversaire des 3 ans.

#### **Article.11. La valorisation de la prise en charge des patients en post-hospitalisation liée à un accident vasculaire cérébral (AVC), à une pathologie cancéreuse ou une maladie neurologique grave entraînant une dysphagie sévère et/ou troubles de la voix**

L'objectif de cette mesure est de favoriser le retour à domicile après hospitalisation du patient pendant la phase aiguë et subaiguë (jusqu'à 6 mois). Les partenaires conventionnels s'accordent pour la mise en place d'une rémunération complémentaire, spécifique des conditions de prise en charge des patients sortant d'une hospitalisation et nécessitant une intervention orthophonique liée à un accident vasculaire cérébral (AVC) ou à une pathologie cancéreuse ou à une maladie neurologique grave entraînant une dysphagie sévère et/ou troubles de la voix.

Ce forfait comprend :

- la prise en charge rapide (dans un délai de 7 jours calendaires (week-end compris) ), initialement à domicile, pluri hebdomadaire ;
- la participation à l'éducation du patient et de son entourage ;
- la coordination avec le médecin traitant et les autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge, attestée par la transmission du compte-rendu du bilan orthophonique ;

- la transmission d'un point d'étape sur la rééducation en cours, au médecin traitant et à l'équipe médicale en vue de la consultation post AVC (hospitalière et/ou extra hospitalière) ou post cancer au moment de la facturation du forfait.

Ce forfait complémentaire aux actes de rééducation habituels, facturable une fois pour chaque patient, 30 jours après la première prise en charge par l'orthophoniste serait valorisé à hauteur de 100€ au 1er juillet 2019.

Ce forfait peut être coté en association avec l'acte de rééducation ou seul.

Les partenaires conventionnels s'engagent à réaliser en Commission paritaire nationale un bilan de la mise en œuvre de ce forfait dans un délai d'un an suivant la parution de l'avenant 19.

### **Article 11 bis - La valorisation de la prise en charge de patients en post-hospitalisation**

Les partenaires conventionnels proposent de créer une indemnité forfaitaire de déplacement spécifique, dans le cadre des sorties d'hospitalisation. Cette indemnité forfaitaire spécifique serait valorisée à hauteur de 4 € et pourrait être facturée durant une période allant de la date de sortie d'hospitalisation au 35e jour après cette date. Cette limitation temporelle ne s'applique pas aux déplacements liés aux actes réalisés dans le cadre des programmes d'accompagnement du retour à domicile mis en œuvre par les régimes d'assurance maladie.

### **Article.12. La valorisation de la prise en charge des enfants de 3 ans à 6 ans**

Afin d'améliorer la prise en charge des enfants de 3 à 6 ans, les partenaires conventionnels souhaitent valoriser les actes de rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral, à raison de + 0,5 point (soit AMO 12,6) à partir du 1er juillet 2019.

Cette mesure s'appliquera sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

### **Article 12 bis - La valorisation de la prise en charge de pathologies neurologiques ou neurodégénératives**

Les partenaires conventionnels proposent de créer une indemnité forfaitaire de déplacement spécifique pour la prise en charge de pathologies neurologiques ou neurodégénératives. Cette indemnité forfaitaire spécifique serait valorisée à hauteur de 4 € pour les actes de 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 neurodégénératives ou neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post traumatique (actes en AMO 15,6 et AMO 15,7 de l'article 2 du chapitre II du titre IV de la NGAP).

### **TITRE 3 - MODALITES D'EXERCICE CONVENTIONNEL**

#### **Article.13. Démarches de l'orthophoniste auprès de la caisse lors de l'installation en libéral**

Les orthophonistes qui souhaitent exercer leur activité sous forme libérale et facturer à l'assurance maladie les actes réalisés dans ce cadre effectuent les démarches nécessaires auprès de leur caisse de rattachement pour se faire enregistrer et obtenir un identifiant leur permettant d'effectuer cette facturation.

Les orthophonistes conventionnés qui souhaitent facturer à l'assurance maladie les actes réalisés dans le cadre d'un cabinet secondaire effectuent les démarches nécessaires auprès de la caisse du ressort de ce cabinet, si elle est différente de celle du cabinet principal, afin d'obtenir un identifiant leur permettant d'effectuer cette facturation.

Les orthophonistes sont notamment tenus de faire connaître aux Caisses leur numéro d'inscription sur la liste régionale établie par l'Agence Régionale de Santé ainsi que l'adresse de leur lieu d'exercice professionnel principal et, le cas échéant, secondaire.

Il peut s'agir, soit d'un cabinet personnel, soit d'un cabinet de groupe, soit d'une société quelle que soit la forme juridique retenue. Les orthophonistes doivent faire connaître aux Caisses les modifications intervenues dans leur mode d'exercice dans un délai de deux mois au maximum à compter de cette modification.

#### **Article.14. Démarches de l'orthophoniste auprès de la caisse lors de la cessation d'activité en libéral**

L'orthophoniste qui cesse son activité libérale doit impérativement informer sa caisse de rattachement dans un délai de deux mois.

Lorsque la caisse constate que depuis au moins douze mois, l'orthophoniste n'a facturé aucun acte à l'assurance maladie, elle l'informe qu'elle suspend l'application de l'ensemble des dispositions conventionnelles. Cette disposition n'est pas applicable lorsque l'orthophoniste justifie cette cessation d'activité par un motif indépendant de sa volonté (ex : maladie, etc.) dans un délai d'un mois à compter de la date de réception du courrier de la caisse. La suspension prend fin par simple déclaration de reprise d'activité par le professionnel.

#### **Article.15. Modalités d'exercice**

Les orthophonistes placés sous le régime de la présente convention s'engagent à s'abstenir de tout moyen direct ou indirect de publicité<sup>1</sup> et s'obligent à ne pas utiliser comme moyen de publicité auprès du public la prise en charge des soins en orthophonie par les Caisses d'Assurance Maladie.

---

<sup>1</sup> La publicité s'entend de tout procédé visant par son contenu, sa forme, sa répétition, à attirer la clientèle vers un cabinet ou un établissement de soins déterminé



Les orthophonistes salariés et leurs employeurs sont soumis, en matière de publicité, aux mêmes règles que celles applicables aux orthophonistes libéraux.

Pour donner lieu à remboursement sur la base des tarifs conventionnels, les soins dispensés doivent être effectués, en dehors des cas de traitement à domicile, au sein de locaux distincts de tout local à finalité commerciale ou partagé avec des personnes exerçant une activité commerciale.

#### **Article.16. Situation des orthophonistes exerçant au sein des sociétés d'exercice**

Conformément aux dispositions réglementaires, dans les cabinets regroupant plusieurs professionnels exerçant en commun, quel qu'en soit le statut juridique (SEL, SCM etc. ), l'exercice de la profession doit rester personnel.

Au sein des sociétés d'exercice, les orthophonistes, quel que soit leur statut, adhèrent individuellement à la convention et conservent individuellement le choix et le bénéfice des éventuelles options conventionnelles prévues par la présente convention.

L'exercice de la profession au sein de ces sociétés d'exercice y compris pour les salariés de ces sociétés est assimilé à de l'exercice libéral au sens de la présente convention sans préjudice des dispositions applicables en matière fiscale et sociale.

#### **Article.17. Situation du remplaçant**

L'orthophoniste, qui souhaite effectuer une activité de remplacement d'un orthophoniste exerçant dans le cadre de la présente convention, effectue ses démarches auprès de la caisse de rattachement de son domicile pour se faire enregistrer.

Le remplaçant d'un orthophoniste placé sous le régime de la présente convention est tenu de faire connaître aux Caisses son numéro d'inscription sur la liste régionale établie par l'Agence Régionale de Santé de son domicile ainsi que l'adresse du cabinet professionnel ou l'adresse du lieu d'exercice dans lequel il assure à titre principal son activité de remplaçant.

Durant la période effective de son remplacement, l'orthophoniste remplacé s'interdit toute activité libérale rémunérée dans le cadre conventionnel.

Les Caisses peuvent, en tant que de besoin, demander la communication d'une attestation de remplacement.

L'orthophoniste remplacé vérifie que l'orthophoniste remplaçant remplit bien toutes les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement dans le cadre de la présente convention. Il s'engage à porter à la connaissance de son remplaçant les dispositions de la présente convention et à l'informer des droits et obligations qui s'imposent à lui dans ce cadre.

Le remplaçant prend la situation conventionnelle du remplacé. En conséquence, l'orthophoniste remplaçant ne peut remplacer, dans le cadre conventionnel, un orthophoniste déconventionné.

Par ailleurs, un orthophoniste interdit d'exercice ou de donner des soins aux assurés sociaux ne peut se faire remplacer pendant la durée de la sanction.

L'activité du remplaçant est assimilée à celle du remplacé au regard de la facturation à l'assurance maladie.

A noter que l'orthophoniste remplaçant peut disposer de sa propre carte de professionnel de santé (CPS) pour facturer les soins. Dans ce cas, il est identifié comme l'exécutant des soins facturés sous le numéro de facturation Assurance Maladie de l'orthophoniste remplacé.

Les parties signataires conviennent de la nécessité de mettre en œuvre les moyens permettant d'identifier et de suivre l'activité des remplaçants.

### **Article.18. De la qualité et du bon usage des soins**

Les orthophonistes libéraux ou salariés, placés sous le régime de la présente convention, s'engagent à respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de leur profession et à maintenir leur activité dans des limites telles que les patients bénéficient de soins suivis, consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données actuelles de la science.

L'orthophoniste, dans la limite de sa compétence et sous réserve de respecter la réglementation en vigueur et les dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, demeure libre du choix de la technique employée. Celle-ci ne peut donner lieu à une cotation supérieure ou à un dépassement tarifaire (à l'exception du cas du dépassement exceptionnel tel que défini à l'article 23).

Les orthophonistes conventionnés participent, pour ce qui relève de leur exercice professionnel sous convention, à la politique de maîtrise médicalisée et de qualité des soins.

A ce titre, les parties signataires conviennent de mettre en place un dispositif de suivi de l'activité individuelle des orthophonistes dont les modalités sont définies en annexe 12.

### **Article.19. Le respect du libre choix**

Les assurés et leurs ayants droit ont le libre choix entre tous les orthophonistes légalement autorisés à exercer en France et placés sous le régime de la présente convention.

Les caisses s'engagent à ne pas faire de discrimination entre les orthophonistes conventionnés et les autres praticiens ou professionnels conventionnés légalement habilités à dispenser les mêmes actes.

Les caisses s'engagent à donner à leurs ressortissants toutes informations utiles sur la situation des orthophonistes de leur circonscription au regard de la présente convention.

## **Article.20. Les documents ouvrant droit au remboursement des prestations**

Les orthophonistes s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents conformes aux modèles définis par la réglementation qu'ils soient transmis par voie électronique ou sur support papier.

L'assurance maladie adresse aux orthophonistes les différents imprimés et documents nécessaires à la facturation.

Lorsque ces documents ne sont pas pré-identifiés, les orthophonistes doivent y reporter leur identification personnelle et, le cas échéant, l'identifiant de la structure d'activité dans laquelle ils exercent. Ils doivent être correctement renseignés et comporter toutes les informations nécessaires prévues par la réglementation.

Seuls permettent un remboursement, les actes inscrits sur les listes citées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale dont les orthophonistes attestent qu'ils ont été dispensés et honorés.

Lorsqu'il réalise des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, l'orthophoniste est tenu de mentionner ces actes sur la feuille de soins ou tout autre support en tenant lieu.

L'UNCAM s'engage à consulter les organisations syndicales nationales représentatives signataires préalablement à toute création ou modification d'imprimés nécessaires à l'application de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale.

## **Article.21. Rédaction des ordonnances**

Les orthophonistes sont autorisés, sauf indication contraire du médecin, à prescrire ou à renouveler certains dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

L'ensemble des mentions prévues par la réglementation en vigueur doivent apparaître lisiblement sur l'ordonnance.

L'ordonnance doit permettre l'identification de son auteur et contenir les informations suivantes :

- nom, adresse du prescripteur,
- l'identifiant personnel du prescripteur autorisé à exercer,
- l'identifiant de la structure d'activité au titre de laquelle est établie l'ordonnance,
- le nom et le prénom du bénéficiaire,
- la dénomination du dispositif médical et, le cas échéant, la quantité prescrite et les conditions particulières d'utilisation,
- le cas échéant, l'âge et le poids du bénéficiaire des soins,
- la date de prescription,
- la signature du prescripteur.

Les ordonnances sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision nécessaire. Elles doivent être conformes à la réglementation en vigueur.

Ainsi, les orthophonistes ne peuvent rédiger d'ordonnance que pendant la durée de la prise en charge du patient au regard de la prescription médicale, sauf indication contraire du médecin.

En application de l'article L. 162-8 du code de la sécurité sociale, lorsqu'il prescrit un dispositif médical non remboursable, l'orthophoniste en informe son patient et porte la mention « NR » sur l'ordonnance, en face du dispositif médical concerné.

Les orthophonistes peuvent également 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.

A cette fin, l'orthophoniste porte sur l'original de l'ordonnance médicale, présentée par le patient, le renouvellement qu'il réalise en apposant les indications suivantes :

- son identification complète : nom, prénom et numéro d'identification ;
- la mention « Renouvellement orthophoniste » avec l'indication, le cas échéant, que le nombre de séances d'orthophonie inscrit sur la prescription médicale initiale n'est pas opposable dans le cadre de ce renouvellement ;
- la date à laquelle l'orthophoniste effectue ce renouvellement, et sa signature.

L'original est remis au patient.

Les parties signataires à la présente convention s'engagent à porter à la connaissance des partenaires locaux toute information utile sur les modalités d'application du droit de prescription des orthophonistes.

## **Article.22. Facturation des honoraires**

Seuls donnent lieu à un remboursement par l'assurance maladie les actes pour lesquels l'orthophoniste atteste qu'ils ont été dispensés et rémunérés, conformément à la réglementation en vigueur.

### **Article.22.1. Document de facturation**

Lors de chaque acte, l'orthophoniste porte sur la feuille de soins ou le document de facturation toutes les indications prévues par la réglementation en vigueur.

Lorsqu'il réalise des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, l'orthophoniste est tenu de mentionner ces actes sur une feuille de soins ou tout autre support en tenant lieu.

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.

Dans les situations où l'orthophoniste réalise des actes ou prestations remboursables et non remboursables au cours de la même séance, il porte les premiers sur la feuille de soins et les seconds sur un support différent.

L'orthophoniste est tenu d'inscrire, sur la feuille de soins ou le document de facturation, l'intégralité du montant des honoraires (y compris le DE défini à l'article 23) qu'il a perçu au titre des actes remboursables et en donne l'acquit par sa signature.

Il ne donne l'acquit que pour les actes qu'il a accomplis personnellement, et pour lesquels il a perçu l'intégralité des honoraires dus, réserve faite dans ce dernier cas des dispositions relatives à la dispense d'avance des frais.

Sous réserve d'une modification éventuelle de la réglementation en vigueur, l'orthophoniste remplit et signe les imprimés nécessaires aux demandes d'accord préalable dans les conditions prévues à la nomenclature générale des actes professionnels.

#### **Article.22.2. Dispositions particulières liées à la réalisation d'actes en série**

La prestation des soins, y compris lorsqu'il s'agit d'actes en série, doit être mentionnée au jour le jour, en utilisant la cotation prévue à la Nomenclature générale des actes professionnels.

En cas d'actes en série, sous réserve de respecter les dispositions prévues au présent article, l'orthophoniste peut éventuellement donner l'acquit des honoraires lorsque la série des séances est achevée.

Par exception, si, dans le cas d'une série d'actes, 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.

#### **Article.22.3. Dispositions particulières liées à la réalisation d'un acte gratuit**

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

#### **Article.22.4. Dispositions particulières liées à la réalisation d'un acte dans un établissement de santé**

Pour les actes d'orthophonie 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.

Toutefois, en cas d'accord entre l'établissement et l'orthophoniste concerné, la part garantie par la caisse peut être versée au responsable de l'établissement.

#### **Article.23. Mode de fixation des honoraires**

L'orthophoniste établit ses honoraires conformément aux dispositions de la présente convention et aux tarifs en vigueur au jour de la réalisation de l'acte.

Les tarifs d'honoraires, frais accessoires, forfaits et les majorations correspondant aux soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés à l'annexe 1 du présent texte.

Les Caisses s'engagent à rembourser les honoraires et frais de déplacement correspondant aux soins dispensés par les orthophonistes placés sous le régime de la présente convention, dans les conditions et sur la base des tarifs de la présente convention.

L'orthophoniste s'interdit tout dépassement en dehors des cas ci-après : circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient non liée à un motif médical, telles que les soins donnés à heure fixe ou en dehors de l'horaire normal de l'orthophoniste, 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).

L'orthophoniste fournit à l'assuré toutes les informations nécessaires quant à ce supplément non remboursé par l'assurance maladie et lui en indique notamment le montant et le motif.

Conformément à l'article 24 du présent texte, l'orthophoniste ne peut, lorsqu'il utilise la procédure de dispense d'avance des frais, percevoir de dépassement d'honoraires.

#### **Article.24. Mise en œuvre de la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux**

Le législateur a fixé le cadre juridique dans lequel la dispense d'avance de frais bénéficie aux assurés, ainsi que les règles de garantie et de délais de paiement apportées à l'orthophoniste par les caisses d'assurance maladie, définies par l'article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale, et qui s'appliquent à l'ensemble des paiements réalisés en tiers payant, y compris dans les cas particuliers décrits ci-après.

##### **Article.24.1. Tiers Payant pour les bénéficiaires de l'ACS**

###### *- Tiers payant intégral pour les patients disposant d'un contrat complémentaire sélectionné*

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

Le règlement des dossiers s'effectue directement par la Caisse à l'orthophoniste.

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

Au-delà de ce cadre réglementaire, la dispense d'avance des frais pour la part obligatoire est également accordée par l'orthophoniste aux personnes bénéficiaires du dispositif d'aide à

l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, mais qui n'ont pas encore souscrit de contrat complémentaire sélectionné par le Ministère de la santé.

Le règlement des dossiers s'effectue directement par la Caisse à l'orthophoniste.

#### **Article.24.2. Tiers Payant pour les patients pris en charge au titre de la maternité ou d'une affection de longue durée (ALD)**

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

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

L'orthophoniste ne peut, lorsqu'il utilise cette procédure, appliquer les dispositions de la convention concernant le dépassement (DE).

Le règlement des dossiers s'effectue directement par la Caisse à l'orthophoniste.

#### **Article.24.3. Autres Tiers payants**

L'orthophoniste peut pratiquer le Tiers Payant dans les cas de situations sociales particulières ou dans les cas de non paiement direct par le patient même pour des patients ne relevant pas des cas ci-dessus.

#### **Article.25. Intervention de l'orthophoniste en cas d'urgence**

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

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

#### **Article 25.bis. Modalités de recours à l'orthophoniste en accès direct**

Conformément aux dispositions de l'article L. 4341-1 du code de la santé publique, les orthophonistes peuvent pratiquer leur art sans prescription médicale préalable lorsqu'ils exercent :

- dans les établissements de santé (mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique) ;

- dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux et dans les établissements ou services destinés à recevoir les personnes handicapées adultes (mentionnés aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles) ;
- dans le cadre des structures d'exercice coordonné suivantes : équipes de soins primaires, centres de santé et maisons de santé (respectivement mentionnés aux articles L. 1411-11-1, L. 6323-1 et L.6323-3 du code de la santé publique).

Ils peuvent également pratiquer leur art sans prescription médicale dans les communautés professionnelles territoriales de santé (mentionnées à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique) à condition que les modalités de prise en charge et de coordination sans prescription médicale soient inscrites dans le projet de santé de la structure.

L'orthophoniste est tenu d'adresser un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés au médecin traitant. Par ailleurs, l'orthophoniste intègre ces documents dans le dossier médical partagé de son patient. A défaut, les actes réalisés par l'orthophoniste sont mis à sa charge.

Les parties signataires conviennent d'assurer un suivi régulier de la montée en charge de ce dispositif en commission paritaire nationale.



## **TITRE 4 - MODERNISER LES RELATIONS ENTRE LES ORTHOPHONISTES ET L'ASSURANCE MALADIE**

La simplification administrative, facteur de gain de temps pour les professionnels de santé dans leur exercice quotidien, réside notamment dans l'amélioration des relations directes qu'ils entretiennent avec leur caisse d'assurance maladie.

L'assurance maladie s'engage dans une démarche globale d'amélioration de sa qualité de service qui se décline au travers de différents axes :

- un engagement de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour harmoniser leurs procédures et faciliter la facturation des actes : garantie de paiement, délai de paiement, réduction des motifs de rejets de facturation, suivi de la facturation ;
- une évolution des outils proposés en matière de téléservices ;
- un accompagnement personnalisé avec des correspondants identifiés sur les différents sujets et une meilleure coordination et réactivité des différents interlocuteurs.

### **Article.26. Les engagements de l'assurance maladie sur la gestion de la facturation des actes**

L'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie s'engagent à harmoniser leurs procédures pour faciliter la facturation des actes.

Les engagements de l'assurance maladie en matière de paiement et de suivi de facturation sont les suivants :

- La garantie de paiement sur la base des informations inscrites dans la carte Vitale du patient et ce, même si ce dernier n'a pas mis sa carte à jour.
- Les rejets liés aux droits des patients sont supprimés ; pour toute FSE réalisée avec une carte Vitale, les rejets liés aux droits des patients sont supprimés, quels que soient les changements de situation du patient : changement de régime ou de situation familiale, déménagement, etc.

En l'absence de carte Vitale, le service ADRi permet d'obtenir une situation de droit à jour pour le patient lors de l'établissement de la FSE, en accédant aux droits du patient figurant dans les bases de l'Assurance Maladie. Grâce à la protection universelle maladie pour l'ensemble des travailleurs et résidents en France, les patients bénéficient de droits continus à l'assurance maladie obligatoire.

- La garantie d'être payé sous 5 jours ouvrés en cas de facturation en FSE. Si le délai de paiement des FSE (en mode sécurisé Vitale ou SESAM sans Vitale uniquement) excède 7 jours ouvrés, une indemnité est versée par l'assurance maladie dans les conditions définies réglementairement. Chaque trimestre, les régimes obligatoires d'assurance maladie publient sur leur site internet les délais de paiement des FSE en tiers-payant.
- Un meilleur suivi de la facturation avec un logiciel SESAM-Vitale à jour agréé « suivi des factures à partir de la norme NOEMIE 580 ». Le suivi des paiements est amélioré et

les rapprochements comptables sont facilités. De même, les libellés de rejets de factures sont plus explicites et harmonisés entre les régimes obligatoires d'assurance maladie.

## **Article.27. Modalités des échanges relatifs à la facturation à l'Assurance maladie**

### **Article.27.1. Principe de télétransmission des feuilles de soins électroniques**

La facturation des actes et prestations s'effectue par principe sous format électronique dit « système SESAM-Vitale » selon les conditions définies ci-après. En cas d'impossibilité, la facturation peut s'effectuer par le biais de la facturation « SESAM dégradé » définie à l'article 30.1 ou de la feuille de soins sur support papier définie à l'article 30.2

Les orthophonistes adhérant à la présente convention utilisent le service de la télétransmission des feuilles de soins pour les assurés sociaux (système SESAM-Vitale).

La facturation à l'assurance maladie s'effectue dans les conditions prévues par les textes réglementaires et les dispositions de la présente convention ainsi que celles du cahier des charges des spécifications des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM Vitale et en utilisant une solution agréée CNDA ou homologuée GIE SESAM-Vitale.

### **Article.27.2. L'utilisation de la carte de professionnel de santé**

La réalisation et l'émission de FSE conformément aux spécifications SESAM-Vitale nécessitent l'utilisation d'une carte de professionnel de santé (CPS).

Le coût des cartes de professionnel de santé délivrées dans ce cadre est pris en charge par les caisses, pour la durée de la présente convention. Il en va de même pour les cartes CPS remplaçant et pour les cartes dites « de personnel d'établissement » (CPE) attribuées aux orthophonistes salariés, dans la limite d'une CPS remplaçant ou une CPE par orthophoniste.

### **Article.27.3. L'utilisation de la carte vitale**

L'orthophoniste consulte des informations sur l'assuré ou ses ayants droit au vu de la carte d'assurance maladie dite « Vitale ».

Dans le cas où l'assuré n'est pas en capacité de présenter sa carte Vitale, l'orthophoniste peut utiliser le service ADRI (Acquisition des Droits intégrée) pour obtenir une situation de droits à jour de son patient lors de l'établissement de la FSE, en accédant aux droits figurant dans les bases des organismes de l'Assurance Maladie.

L'appréciation du niveau de prise en charge par la caisse d'assurance maladie s'effectue à la date de soins.

### **Article.27.4. Les règles de télétransmission de la facturation**

#### **Article.27.4.1. L'équipement informatique des caisses d'assurance maladie**

Les caisses s'engagent à maintenir un niveau et une qualité de service informatique afin d'assurer le règlement des FSE dans les conditions prévues par la présente convention.

#### **Article.27.4.2. Equipement informatique de l'orthophoniste**

L'orthophoniste met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM-Vitale ;
- pour disposer sur son poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conformes aux dispositions réglementaires en vigueur ;
- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux, notamment pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électroniques et des pièces justificatives.

#### **Article.27.4.3. Liberté de choix du réseau**

L'orthophoniste a la liberté de choix de l'équipement informatique grâce auquel il effectue la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE), sous réserve que la solution informatique soit agréée par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA) de l'assurance maladie, ou homologuée par le GIE SESAM-Vitale.

La télétransmission des feuilles de soins électroniques nécessite une connexion à un réseau de transmission utilisant un protocole internet conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale.

L'orthophoniste a le libre choix de son fournisseur d'accès internet ou de tout service informatique dès lorsqu'il est conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale, et compatible avec la configuration de son équipement. Les parties signataires mettent en oeuvre les moyens nécessaires pour faire en sorte que les logiciels agréés SESAM-Vitale intègrent au minimum une interface qui les rende compatibles avec le plus grand nombre des fournisseurs d'accès internet.

Il peut aussi recourir à un organisme concentrateur technique (OCT), dans le respect des dispositions légales et réglementaires ayant trait à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et relatives à la confidentialité et l'intégrité des flux de FSE.

Cet organisme tiers, dont l'orthophoniste a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité de l'orthophoniste avec lequel il conclut un contrat à cet effet.

Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, l'orthophoniste doit impérativement s'assurer que les procédures mises en oeuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications de SESAM-Vitale et, le cas échéant, aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de feuilles de soins électroniques, pour la part régime obligatoire.

#### **Article.27.4.4. Respect des règles applicables aux informations électroniques**

L'orthophoniste doit s'assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données notamment en matière de déclaration de fichiers.

Les dispositions de la présente convention ne font pas obstacle à des transmissions directes par l'orthophoniste à des organismes complémentaires. Un éclatement de FSE vers des organismes d'assurance maladie complémentaire peut être effectué, selon des modalités prévues par le cahier des charges SESAM-Vitale, par un OCT mandaté par l'orthophoniste.

## **Article.27.5. Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques**

### **Article.27.5.1. Etablissement des FSE**

La télétransmission des FSE s'applique à l'ensemble des orthophonistes et des organismes d'assurance maladie du territoire national selon les règles contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans les spécifications du système SESAM-Vitale en vigueur complétées des dispositions de la présente convention.

### **Article.27.5.2. Délai de transmission des FSE**

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, que le paiement s'effectue en paiement direct ou en dispense d'avance des frais.

### **Article.27.5.3. Délai de paiement en cas de dispense d'avance des 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). Si le délai de paiement excède sept jours ouvrés, une indemnité est versée aux orthophonistes dans les conditions définies réglementairement.

### **Article.27.5.4. Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais**

Les organismes d'assurance maladie obligatoire s'engagent, en procédure de dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement de la part obligatoire des actes facturés par la FSE, sur la base des informations relatives à la couverture maladie contenues dans la carte d'assurance maladie à la date des soins y compris lorsque les droits figurant en carte ne sont pas à jour.

Lorsque la caisse assume la responsabilité du règlement de la part relevant du régime complémentaire, elle supporte également, sur cette part, les obligations résultant de la garantie de paiement.

#### Utilisation du service ADRi (Acquisition des droits intégrée)

Pour fiabiliser la facturation, l'assurance maladie met à disposition un service intégré, service ADRi (Acquisition des Droits intégrée au logiciel SESAM Vitale). Il permet de connaître la situation à jour des droits d'un patient grâce à un accès direct aux bases des organismes d'assurance maladie.

### **Article.27.5.5. Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique**

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

En cas de nouvel échec de la télétransmission de la FSE et selon les conditions décrites par le code de la sécurité sociale, l'orthophoniste établit un duplicata sous forme papier de la FSE. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance et les références de la feuille de soins électronique non transmise (numéros de FSE et de lot).

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

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

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

#### **Article.27.6. Principe de numérisation et de télétransmission des ordonnances (dispositif SCOR)**

Les parties signataires ont convenu de la nécessité de renforcer la télétransmission des échanges entre professionnels et assurance maladie, notamment en mettant en œuvre une dématérialisation des pièces justificatives liées à la facturation, afin de simplifier et de sécuriser les échanges entre professionnels de santé, caisses et service médical et d'optimiser la gestion du cabinet.

Les modalités du dispositif SCOR comprenant la numérisation des pièces justificatives et de leur transfert vers les organismes d'assurance maladie sont décrites en annexe 9.

Les parties signataires conviennent, dans l'attente de la mise en œuvre de la prescription électronique, de remplacer l'envoi du duplicata de l'ordonnance papier par l'envoi d'une ordonnance numérisée, télétransmise vers un serveur informatique dédié, conformément aux modalités définies à l'annexe 9 de la présente convention.

Les parties signataires s'accordent sur le fait que le respect des obligations décrites à l'annexe 9 de la convention nationale permet de reconnaître la même valeur juridique à l'ordonnance numérisée qu'au duplicata ou à la copie de l'ordonnance papier.

En tout état de cause, les parties reconnaissent cependant la nécessité de conserver des modalités de transmissions alternatives et ponctuelles du duplicata de l'ordonnance sur support papier.

#### **Article.28. Tri et transmission des ordonnances en cas de non recours au dispositif SCOR**

Dans l'hypothèse où l'orthophoniste n'utilise pas le dispositif SCOR défini à l'article 27.6 en cas de dispense d'avance des frais, il s'engage à transmettre les ordonnances sur support papier à l'organisme d'assurance maladie du régime de l'assuré et de la circonscription du professionnel

de santé dans les mêmes délais que ceux réglementairement prévus pour la transmission des feuilles de soins électroniques.

Si l'ordonnance a déjà été transmise à la caisse avec une demande d'accord préalable ou si l'ordonnance a été transmise à l'appui d'une feuille de soins antérieure, aucune copie n'est exigée par la caisse.

### **Article.29. Aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel**

Afin d'accompagner les professionnels qui s'engagent dans des investissements permettant de moderniser et informatiser leur cabinet, l'assurance maladie s'engage à refondre les aides initialement versées (aide à la télétransmission, à la maintenance, aide SCOR) en instaurant une aide forfaitaire dénommée : « forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel » versée annuellement au plus tard au 30 avril de l'année suivant l'année au titre de laquelle l'aide est versée, sous respect d'un certain nombre de critères vérifiés par l'assurance maladie au titre de l'année civile précédente (N-1).

L'aide est versée par la CPAM du lieu d'installation principal de l'orthophoniste pour le compte de l'ensemble des régimes.

Ces critères sont les suivants :

- utiliser un logiciel métier certifié par la HAS, compatible DMP pour faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée, et compatible avec le recours aux téléservices tels que l'applicatif ADRI,
- être doté d'une version du cahier des charges SESAM -Vitale intégrant les derniers avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération. L'objectif est que l'outil de facturation comporte les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles simplifiant les échanges avec l'assurance maladie ;
- utiliser la solution SCOR pour la transmission à l'assurance maladie des pièces justificatives numérisées ;
- atteindre un taux de télétransmission en flux sécurisé supérieur ou égal à 70%, la télétransmission des données fiabilisant la facture et permettant de garantir des délais de paiement très courts ;
- disposer d'une adresse de messagerie sécurisée de santé.
- appartenir à une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), équipe de soins primaires (ESP) ou une autre forme d'organisation capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients.

Dès lors que ces critères sont respectés, l'orthophoniste bénéficie d'une aide forfaitaire annuelle de 590 €.

Les partenaires conventionnels s'entendent pour faire un suivi régulier de cette mesure notamment quant à la possibilité pour les orthophonistes de répondre à l'ensemble des critères précités. Un premier point d'étape sera réalisé en Commission Paritaire Nationale (CPN) à l'issue du premier semestre 2018. A l'occasion de ce premier point d'étape, les membres de la CPN

pourront décider, le cas échéant, de l'exclusion de certains critères pour le versement annuel de l'aide.

L'orthophoniste impliqué dans le déploiement de l'activité de télésanté pourra dans le cadre du forfait d'aide à la modernisation bénéficier d'une aide forfaitaire à l'équipement selon les modalités suivantes :

- 350 euros pour l'équipement de vidéotransmission y compris pour les abonnements aux différentes solutions techniques proposés en matière de recours aux actes de télésanté ;
- 175 euros pour l'équipement en appareils médicaux connectés dont la liste sera établie sur avis de la commission paritaire nationale et actualisée chaque année ».

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

### **Article.29.1. Déploiement du numérique en santé**

En lien avec la feuille de route du numérique en santé et dans la perspective de la mise en œuvre de l'Espace Numérique de Santé (ENS), les partenaires conventionnels s'engagent à poursuivre les travaux au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2021 en vue :

- de définir des incitations financières à l'équipement par les orthophonistes en services prioritaires tels qu'identifiés dans la feuille de route du numérique en santé (DMP, MSS, e-prescription, e-carte vitale, INS, e-carte CPS)
- d'inciter à l'augmentation significative par les orthophonistes de l'usage des outils numériques en santé et notamment du DMP et de la MSS.

### **Article.30. Les autres procédures de facturation**

#### **Article.30.1. La feuille de soins SESAM « dégradé »**

##### **Article.30.1.1. Procédure exceptionnelle**

En cas d'impossibilité de produire des FSE du fait de l'absence, de la non-présentation ou de la défectuosité de la carte d'assurance maladie, l'orthophoniste réalise une feuille de soins SESAM « dégradé ».

Les parties s'engagent à en limiter l'utilisation au profit de la seule transmission de FSE et à en suivre l'évolution du volume dans le cadre des commissions paritaires départementales.

##### **Article.30.1.2. Transmission des feuilles de soins SESAM « dégradé »**

En cas de transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé », y compris hors département, l'orthophoniste réalise parallèlement aux flux une feuille de soins papier.

L'orthophoniste adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives de la transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé » (feuille de soins sous forme papier). Les

feuilles de soins SESAM « dégradé » n'ouvrent pas droit à la garantie de paiement prévue à l'article 27.5.4. et ne rentrent pas dans le calcul du taux de télétransmission défini à l'article 29 de la convention nationale.

En cas de dispense d'avance des frais, la caisse règle directement à l'orthophoniste les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie. Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

### **Article.30.2. La facturation via la feuille de soins sur support papier**

En cas d'impossibilité de produire des feuilles de soins électroniques ou SESAM « dégradé », la facturation est effectuée via la feuille de soins papier.

En cas de dispense d'avance des frais, l'orthophoniste facture directement la part obligatoire des actes et prestations à la caisse d'affiliation de l'assuré.

Il se charge de l'envoi à cette même caisse des documents nécessaires à la prise en charge dans les délais qui lui sont impartis par la réglementation.

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

En cas de dispense d'avance des frais, la caisse règle directement à l'orthophoniste les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie. Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

### **Article.31. La simplification des échanges entre les orthophonistes et l'assurance maladie**

#### **Article.31.1. Le déploiement de la norme NOEMIE 580**

Equipé d'un logiciel de facturation agréé « suivi des factures sur la base de la norme NOEMIE 580 », l'orthophoniste bénéficie d'un retour d'information amélioré permettant :

- un meilleur suivi des paiements, rejets et régularisations de factures
  - identification de la facture de façon unique (indication du numéro et type de facture, date de facturation et lieu d'exécution)
  - information au niveau de la facture : payée, rejetée ou différée, avec le détail de la part obligatoire et de la part complémentaire pour chaque facture
  - motifs des rejets clairement identifiés avec l'indication
    - de la part concernée par le rejet (part obligatoire ou part complémentaire),
    - du niveau de rejet (facture, prestation, code affiné),
    - de la nature de la prestation,
    - du libellé de rejet.



- un rapprochement facilité entre les factures et les virements bancaires, avec l'indication de la référence du virement bancaire et des factures concernées par ce dernier,
- les retours d'information sur les factures sont regroupés par date comptable et référence de virement, ce qui permet de lister simplement les factures correspondant à un virement donné,
- une meilleure lisibilité des mouvements financiers avec une distinction des types de retours : liquidation de factures,
  - o régularisation de factures,
  - o paiements ponctuels ou forfaitaires,
  - o retenues ponctuelles après accord formel de l'orthophoniste.

### **Article.31.2. Mise à disposition de téléservices par l'assurance maladie obligatoire**

L'assurance maladie obligatoire met à disposition des orthophonistes un ensemble de services simplifiant leurs tâches administratives et facilitant la prise en charge de leurs patients quel que soit leur régime d'assurance maladie.

Ces services sont accessibles au travers des logiciels utilisés dans leur pratique quotidienne.

Les téléservices suivants en support des tâches et démarches administratives sont d'ores et déjà disponibles sur le portail Espace pro et permettent à l'orthophoniste d'accéder à des informations administratives concernant leur activité : informations concernant les paiements effectués par l'Assurance Maladie, leur relevé d'activité (RIAP).

L'assurance maladie s'engage à développer cette offre de téléservices afin de continuer à faciliter les échanges entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé. Dans ce cadre, les partenaires conventionnels conviennent que la dématérialisation de la demande d'accord préalable constitue un projet prioritaire.

### **Article.31.3. Des échanges personnalisés avec des correspondants identifiés**

L'assurance maladie s'engage à mettre en oeuvre une offre de service dédiée et personnalisée auprès des professionnels de santé pour faciliter les échanges avec l'assurance maladie dès le moment de l'installation. Elle met notamment en place une offre optimisée de la relation téléphonique, en proposant un numéro d'appel dédié aux professionnels.

De leur côté, les professionnels et notamment les orthophonistes adhérant à la présente convention qui souhaitent bénéficier de ces modalités d'échange privilégié communiquent leurs coordonnées téléphoniques et électroniques professionnelles à l'assurance maladie pour faciliter la communication d'informations.

### **Article.31.4. Un accompagnement des professionnels de santé dans leur pratique**

Chaque caisse dispose de délégués de l'assurance maladie (DAM) et de conseillers informatique service (CIS) chargés d'accompagner les professionnels en leur communiquant notamment des informations actualisées pour les aider dans l'exercice de leur pratique, leur informatisation, etc.

## **TITRE 5 - DISPOSITIONS SOCIALES ET FISCALES**

En application du 5° de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires à la convention conviennent que les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations sociales dues par les orthophonistes libéraux conventionnés selon les modalités suivantes :

### **Article.32. Au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés**

Les orthophonistes libéraux conventionnés doivent une cotisation prévue à l'article L.722-4 du Code de la sécurité sociale.

La participation des caisses dont les modalités de calcul sont détaillées à l'annexe 8 de la présente convention est assise :

- d'une part, sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires tiré de l'activité libérale réalisée dans le cadre de la présente convention ;
- d'autre part, sur le montant des revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des orthophonistes, dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables fixés par la présente convention, attesté par la production de documents fixant les règles de rémunération entre les orthophonistes et ces structures.

La hauteur de la participation de l'assurance maladie est fixée de telle manière que le reste à charge pour les orthophonistes soit de 0,1% de l'assiette de participation définie au présent article.

### **Article.33. Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse**

La participation des caisses au financement de la cotisation forfaitaire annuelle obligatoire, prévue à l'article L. 645-2 du code de la sécurité sociale et due par les orthophonistes libéraux conventionnés est fixée aux deux tiers du montant de la dite cotisation, tel que fixé par le décret n° 2008-1044 du 10 octobre 2008 publié au Journal officiel du 11 octobre 2008.

La participation des caisses à la cotisation d'ajustement annuelle obligatoire prévue à l'article L. 645-3 du code de la sécurité sociale, et due par les orthophonistes libéraux conventionnés au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse, s'élève à 60% du montant de ladite cotisation, tel que fixé par le décret susvisé.

### **Article.34. Modalités de versement**

La participation de l'assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement sur leur appel.

Le montant annuel de la participation des caisses aux cotisations sociales des orthophonistes libéraux est réparti entre les régimes d'assurance maladie selon la part de chacun de ces régimes dans les dépenses d'assurance maladie obligatoire.

## **TITRE 6 - VIE CONVENTIONNELLE**

### **Article.35. Durée de la convention**

Conformément à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, la présente convention nationale est conclue pour une durée de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur de son arrêté d'approbation.

La convention est renouvelable par tacite reconduction par période de même durée sauf dénonciation six mois au moins avant sa date d'échéance par les parties signataires dans les conditions définies dans le code de la sécurité sociale.

Les parties signataires s'engagent à se concerter six mois avant l'expiration de la période de validité de la convention, en vue d'étudier, en commun, les résultats de l'application de la convention et les adaptations qui leur apparaîtraient devoir y être apportées.

### **Article.36. La signature de la convention par une nouvelle partie**

Toute organisation syndicale représentative peut signer la présente convention par un acte adressé à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). L'UNCAM informe alors les autres signataires. Cette nouvelle signature entraîne une modification de la composition des instances paritaires dans les conditions définies à l'article 41.

### **Article.37. Résiliation de la convention**

La présente convention peut être résiliée par les partenaires conventionnels, soit par décision de l'UNCAM, soit par décision de la ou des organisations syndicales représentatives des orthophonistes libéraux signataires de la convention au plus tard six mois avant la date d'expiration, dans les cas suivants :

- non-respect grave et répété des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les orthophonistes libéraux.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception adressée à tous les signataires de la convention et prend effet à l'échéance d'un délai de six mois. Durant ce délai, l'UNCAM ouvre des négociations en vue de la conclusion d'une nouvelle convention dans les conditions prévues par la réglementation.

### **Article.38. Notification de la convention**

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale, l'assurance maladie met à disposition des professionnels de santé concernés sur son site internet, la présente convention, ses annexes et, le cas échéant, les avenants à la présente convention, dans un délai d'un mois suivant leur publication au Journal officiel de la République Française.

### **Article.39. Modalités d'adhésion**

Les orthophonistes précédemment conventionnés à la date d'entrée en vigueur de la convention sont considérés tacitement comme y adhérant. Dans le cas où ils souhaiteraient être placés en dehors des présentes dispositions conventionnelles, ces professionnels devront adresser à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité un courrier recommandé l'en informant.

Les orthophonistes précédemment placés en dehors de la convention nationale, de même que les professionnels s'installant en exercice libéral au cours de la vie conventionnelle qui souhaitent adhérer à la présente convention en font la demande par courrier recommandé avec avis de réception adressé à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent. Leur adhésion à la convention est effective à la date à laquelle la caisse accuse réception de leur demande.

### **Article.40. Modalités de rupture d'adhésion**

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale, l'orthophoniste qui ne souhaite plus être placé sous le régime de la présente convention adresse un courrier recommandé avec accusé de réception à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il exerce.

Cette décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse primaire d'assurance maladie. L'orthophoniste reste autorisé à formuler à tout moment une nouvelle demande d'adhésion.

### **Article.41. Instances conventionnelles**

Les parties signataires affirment leur attachement à une gestion paritaire de la vie conventionnelle et mettent en place pour en faciliter l'exercice :

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

#### **Article.41.1. La Commission Paritaire Nationale**

Il est institué, entre les Parties Signataires, une Commission Paritaire Nationale composée paritairement.

##### **Article.41.1.1. Composition de la commission paritaire nationale**

La CPN est composée pour moitié :

- de représentants de l'UNCAM, qui constituent la section sociale ;
- de représentants de la ou des organisations syndicales représentatives des orthophonistes libéraux signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle.

Chaque section désigne son président.

### **Section professionnelle**

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

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

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

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

### **Section sociale**

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

- régime général : 3 représentants
- régime agricole : 1 représentant

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

En cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire, la commission constituée de l'ensemble des signataires de la convention, se réunit dans les deux mois à compter de la date de signature du nouveau signataire ou de retrait effectif d'un signataire.

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

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

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'Annexe 10 de la présente convention.

### **Article.41.1.2. Mise en place de la commission paritaire nationale**

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

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

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

### **Article.41.1.3. Rôle de la commission paritaire nationale**

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

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

- -le suivi de l'évolution des dépenses d'assurance maladie concernant les soins en orthophonie ;
- -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. Elle réalise le suivi des objectifs de rééquilibrage de l'offre de soins sur le territoire fixés à l'article 3.3.1 de la présente convention ;
- le suivi de l'action de dépistage des troubles du langage et de la communication chez les enfants en milieu scolaire mis en place à titre expérimental et définie à l'article 4 de la présente convention ;
- les propositions d'actions permettant de préciser les conditions de prise en charge des soins et/ou de renforcer le respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux conditions de prise en charge des actes, ainsi que les modalités de paiement et de remboursement de ces actes ;
- la préparation des avenants et annexes à la convention ;
- la mise en oeuvre de mesures facilitant l'exercice de la profession.

En outre, la CPN :

- veille au respect des dispositions conventionnelles par les orthophonistes et les caisses au niveau local ;
- prend toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances régionales et départementales ;
- suit la mise en place du forfait d'aide à l'équipement informatique du cabinet professionnel dans les conditions définies à l'article 29 ;
- -suit les résultats des actions d'accompagnement mises en place dans le cadre de la maîtrise médicalisée ;
- est informée des programmes d'accompagnement mis en place au service des patients ;
- propose des orientations prioritaires pour le développement professionnel continu dans les conditions définies à l'article L. 4021-2 du code de la santé publique pour accompagner notamment la mise en place des dispositifs conventionnels s'attachant à promouvoir et à valoriser l'amélioration de la qualité des soins et favorisant le juste soin dans toutes ses composantes ;
- étudie, à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires ou d'une commission paritaire régionale ou départementale, tout problème d'ordre général soulevé par les rapports entre les orthophonistes et les caisses ; la CPN propose alors une solution pour régler ces difficultés.

- recueille les résumés des travaux des CPD/CPR. Le secrétariat transmet ces résumés aux membres de la CPN
- met en œuvre les simplifications administratives visant à aider l'orthophoniste dans son travail au quotidien en décidant des actions à mener afin d'en assurer la réussite ;
- examine et émet un avis sur tous les projets de modification des documents servant de base aux échanges entre l'assurance maladie et les orthophonistes (formulaires, etc.) ;
- analyse tout dysfonctionnement du système SESAM-Vitale et examine les réponses appropriées dans les meilleurs délais afin de garantir la continuité et l'adaptabilité du service de la télétransmission des feuilles de soins électroniques ;
- formule des observations sur le cahier des charges SESAM-Vitale et des propositions tendant à l'amélioration du système ;
- est consultée chaque année sur la version du cahier des charges SESAM-Vitale retenue dans les indicateurs du forfait d'aide à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévu à l'article 29 ;
- suit les procédures informatiques de gestion de la dispense d'avance de frais ou de tout autre dispositif issu de la réglementation ;
- suit les échanges de données dématérialisées entre l'assurance maladie et les orthophonistes adhérant à la présente convention ;
- suit la mise en place des procédures listées dans l'ACIP ;
- contribue à l'information des orthophonistes relative à l'application de la convention et toutes nouvelles dispositions qui la modifient.

#### **Article.41.2. Les Commissions paritaires régionales**

Il est institué dans chaque région, pour l'application de la présente convention, une Commission paritaire régionale composée paritairement.

##### **Article.41.2.1. Composition de la commission paritaire régionale**

La CPR est composée pour moitié :

- de représentants des caisses d'assurance maladie, qui constituent la section sociale ;
- de représentants de la ou des organisations syndicales représentatives des orthophonistes libéraux signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle.

Chaque section désigne son président.

##### **Section professionnelle**

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

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Seuls les orthophonistes libéraux adhérant à la présente convention et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance. Les orthophonistes siégeant en CPR doivent exercer à titre principal dans la région concernée.



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

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

### **Section sociale**

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

- régime général : 3 représentants
- régime agricole : 1 représentant

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'Annexe 10 de la présente convention.

#### **Article.41.2.2. Mise en place de la commission paritaire régionale**

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

Le secrétariat est assuré par l'organisme désigné par le directeur coordonnateur de la gestion du risque du régime général. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevé de décisions, constats éventuels de carence, etc.

#### **Article.41.2.3. 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 sous-denses.
- -elle développe une offre de service et d'accompagnement pour orienter les orthophonistes dans les zones sous-denses en offre de soins en orthophonie ;
- -elle étudie les documents statistiques et économiques permettant de mieux identifier dans la région les besoins de santé de la population, d'évaluer le coût des soins, la répartition de l'offre de soins en orthophonie ;

- elle assure, le cas échéant, un suivi au niveau local de l'action de dépistage des troubles du langage et de la communication chez les enfants en milieu scolaire mise en place à titre expérimental et définie à l'article 4 de la présente convention
- -elle assure un suivi de la qualité des soins d'orthophonie, notamment en comparant l'activité des orthophonistes de chaque département de la région avec la moyenne régionale et nationale ;
- -elle met en place des actions d'information et/ou de sensibilisation des professionnels sur leur activité, actions qui seront relayées par les caisses.

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

### **Article.41.3. Les Commissions paritaires départementales**

Il est institué dans chaque département, pour l'application de la présente convention, une Commission paritaire départementale composée paritairement.

#### **Article.41.3.1. Composition de la commission paritaire départementale**

La CPD est composée pour moitié :

- de représentants des caisses d'assurance maladie, qui constituent la section sociale ;
- de représentants de la ou des organisations syndicales représentatives des orthophonistes libéraux signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle.

Chaque section désigne son président.

#### **Section professionnelle**

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

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Seuls les orthophonistes libéraux adhérant à la présente convention et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance. Les orthophonistes siégeant en CPD doivent exercer à titre principal dans le département concerné.

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

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

#### **Section sociale**

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

- régime général : 3 représentants
- régime agricole : 1 représentant

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'Annexe 10 de la présente convention.

#### **Article.41.3.2. Mise en place de la commission paritaire départementale**

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

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

#### **Article.41.3.3. Rôle de la commission paritaire départementale**

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

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

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

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

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

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

#### **Article.42. Procédures conventionnelles**

Les parties signataires sont convenues de définir dans le présent article les situations pour lesquelles un orthophoniste qui, dans son exercice, ne respecte pas ses engagements conventionnels, est susceptible de faire l'objet d'un examen de sa situation par les instances paritaires et d'une éventuelle sanction.

Les partenaires conventionnels souhaitent néanmoins que les caisses, les CPD et les professionnels favorisent autant que possible le dialogue et la concertation avant d'entamer une procédure. Ils rappellent que les sanctions conventionnelles visent avant tout à atteindre un changement durable de comportement qui ne serait pas conforme à la convention.

#### **Article.42.1. Non-respect des règles conventionnelles constaté par une caisse**

En cas de constatation, par une caisse, du non-respect des dispositions de la présente convention par un orthophoniste, notamment sur :

- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables ;
- l'utilisation abusive du DE ;
- la facturation d'actes fictifs ;
- la non-utilisation ou la mauvaise utilisation, de façon répétée, des documents ou de la procédure auxquels sont subordonnées la constatation des soins et leur prise en charge par l'assurance maladie ;
- la non-inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens de la présente convention et de la réglementation ;
- le non-respect, de façon répétée, de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (NGAP) ;
- le non-respect du droit à la dispense d'avance des frais défini dans le cadre de la présente convention :
- le non-respect systématique de l'obligation de transmission électronique à l'Assurance maladie, prévue par l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations.
- le non-respect du seuil maximum d'activité pouvant être réalisé en télésoin par un orthophoniste défini à l'article. 6.1.1.5. de la présente convention.
- le non-respect des conditions de réalisation et de facturation des actes de télésanté prévues aux articles 6.1 et suivants de la présente convention.

La procédure décrite à l'article 42.2 peut être mise en œuvre.

#### **Article.42.2. La procédure**

##### **Article.42.2.1. Procédure préalable d'avertissement**

Le directeur de la CPAM du lieu d'implantation du cabinet professionnel principal et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique qui constatent le non-respect par un orthophoniste des dispositions de la présente convention lui adressent un avertissement par lettre recommandée avec accusé de réception. Cet avertissement doit comporter l'ensemble des anomalies reprochées au professionnel.

L'orthophoniste dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de cet avertissement pour modifier sa pratique. Dans le cas de non-respect systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, l'orthophoniste dispose d'un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique.

##### **Article.42.2.2. Relevé de constatation préalable à la convocation de la CPD**

Si, à l'issue d'un délai d'au moins trente jours ou de quatre-vingt-dix jours en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation, à compter de la réception du courrier d'avertissement, il est constaté que l'orthophoniste n'a pas modifié sa pratique reprochée, le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique, communiquent le relevé des constatations à l'orthophoniste concerné par lettre recommandée avec accusé de réception, avec copie aux présidents des deux sections de la CPD.

La CPAM procédera à ce même envoi et la procédure d'avertissement sera réputée effectuée si, dans un délai de trois ans suivant la réception du courrier d'avertissement non suivi de sanction, l'orthophoniste a renouvelé les mêmes faits reprochés.

Le relevé des constatations détaille les manquements reprochés à l'orthophoniste, expose les sanctions encourues et précise les délais de réponse et la possibilité d'entretien et de transmission d'observations écrites prévus aux alinéas suivants.

L'orthophoniste dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de réception du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles par lettre recommandée avec accusé de réception et/ou être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant. A cette occasion, l'orthophoniste peut se faire assister par un avocat et/ou un confrère de son choix exerçant régulièrement sa profession et placée sous le régime de la présente convention.

A l'issue de l'entretien, la caisse dresse un compte-rendu d'entretien signé par le directeur et l'orthophoniste. La caisse peut décider de mettre fin à la procédure engagée à l'encontre de l'orthophoniste. Elle doit nécessairement aviser la CPD de l'entretien et l'informer de l'abandon ou de la poursuite de la procédure.

Lorsque les manquements justifient la poursuite de la procédure, la caisse verse aux débats le compte-rendu d'entretien lors de la réunion de la Commission Paritaire Départementale. L'absence de signature de l'orthophoniste ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure.

### **Article.42.2.3. Examen par la commission paritaire départementale**

Lorsque les manquements reprochés à l'orthophoniste sont dûment établis, la caisse demande au président de la commission paritaire départementale de réunir celle-ci. Cette réunion est de droit.

Elle doit se tenir dans un délai maximal de soixante jours à compter de la réception des observations de l'orthophoniste ou de la tenue de l'entretien ou de l'échéance du délai laissé à l'orthophoniste pour présenter ses observations et/ou être entendu par le directeur de la caisse ou son représentant comme visé à l'article précédent.

Le courrier d'avertissement, le relevé de constatations, les observations de l'orthophoniste, le compte rendu d'entretien, le cas échéant, et tout document utile sont joints à l'ordre du jour.

L'ensemble de ces documents doivent être transmis aux membres de la CPD au moins quinze jours avant la réunion. L'orthophoniste est informé de la date de la réunion de la commission.

La commission se prononce en principe sur pièces. Toutefois, l'orthophoniste peut demander à être entendu par la commission pour fournir les explications qu'il juge utile.

Il peut se faire assister, s'il le souhaite, d'une personne de son choix, et notamment d'un confrère exerçant régulièrement sa profession et placée sous le régime de la présente convention et/ ou d'un avocat. Il peut envoyer au secrétariat de la commission un mémoire en défense au plus tard trois jours avant la date de la réunion.

La CPD émet en séance un avis selon les règles de vote définies à l'annexe 10 de la présente convention sur la décision à prendre après avoir entendu l'intéressé le cas échéant.

L'avis rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les quinze jours suivant la réunion au Président et au Vice-Président. Il appartient à ces derniers de signer cet avis dans les sept jours suivant sa réception. A l'issue de ces délais, l'avis de la CPD est réputé rendu. L'avis rendu par la CPD est transmis à l'orthophoniste.

#### **Article.42.2.4. Décision et notification de la sanction**

Une fois l'avis de la CPD rendu ou réputé rendu, le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique arrêtent la décision qui s'impose à l'orthophoniste et sa date d'application.

Le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique notifient au professionnel l'éventuelle mesure prise à son encontre par lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette notification, qui doit être motivée, précise les voies et délais de recours dont dispose l'orthophoniste pour contester la décision, ainsi que sa date d'entrée en application. Celle-ci ne peut intervenir qu'après un délai de deux mois à compter de la date de notification.

La décision est alors exécutoire.

L'orthophoniste dispose des voies de recours devant les tribunaux administratifs conformément à l'article L. 162-34 du Code de la sécurité sociale.

#### **Article.42.2.5. Saisine de la commission paritaire départementale par les représentants d'un syndicat national signataire**

En cas de constatation, par un représentant du syndicat national signataire représenté à la commission paritaire départementale, du non-respect des dispositions conventionnelles par un orthophoniste, tel que défini précédemment, ce dernier peut saisir la commission paritaire départementale.

Le syndicat transmet alors le relevé de ses constatations à la commission paritaire départementale.

Dans le délai d'un mois suivant la transmission du relevé, la commission paritaire départementale doit informer le professionnel, l'inviter à faire connaître ses observations écrites et, s'il y a lieu,

soit lui adresser une mise en garde, soit transmettre le dossier à la CPAM pour mise en application des dispositions de l'article 42.2 de la présente convention et suivants.

Dans le cadre de la mise en garde, si après une nouvelle période de deux mois, à l'issue des délais précédents, la CPAM constate que l'orthophoniste n'a pas modifié la pratique reprochée, la procédure définie aux articles 42.2 et suivants est mise en œuvre sans qu'il soit nécessaire de procéder à la notification d'un avertissement tel que défini à l'article 42.2.1.

### **Article.42.3. Les sanctions susceptibles d'être prononcées**

Lorsqu'un orthophoniste ne respecte pas les dispositions de la présente convention, il peut après mise en œuvre de la procédure prévue à l'article 42.2 de la présente convention, encourir une des sanctions suivantes :

- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel avec ou sans sursis. Cette suspension peut être temporaire ou prononcée pour la durée d'application de la présente convention (jusqu'à la date de renouvellement de la convention), selon l'importance des griefs.

La mise hors champ de la convention de trois mois ou plus entraîne la suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux pour une durée égale à celle de la mise hors convention.

En cas de sursis, la sanction de mise hors convention peut être rendue exécutoire pendant une période de deux ans à compter de sa notification, dès lors que de nouveaux manquements réalisés postérieurement à la notification de la sanction devenue définitive ont été relevés à l'encontre de l'orthophoniste par la CPD

Elle peut, dans ce cadre et le cas échéant, se cumuler, avec la sanction prononcée à l'occasion de l'examen de ces nouveaux manquements.

Le sursis ne s'applique pas dans le cas ci-après :

- la suspension de la participation des caisses à la prise en charge des avantages sociaux inhérente à la procédure de mise hors convention.
- suspension de tout ou partie de la participation des caisses, au financement des cotisations sociales du professionnel pour une durée maximale de douze mois.
- interdiction temporaire ou prononcée pour la durée d'application de la présente convention (jusqu'à la date de renouvellement de la convention), de pratiquer le DE, cette mesure ne pouvant être prononcée qu'en cas de non-respect des règles encadrant la pratique du DE définies dans la présente convention.
- suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux d'une durée de trois mois en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, conformément au dernier alinéa de l'article 42.1 de la convention nationale. Dans le cas où ce manquement est de nouveau constaté après qu'une sanction,

devenue définitive, a déjà été prononcée pour le même motif, cette sanction peut être portée à six mois de suspension de la participation de l'assurance maladie aux avantages sociaux.

Lorsqu'un orthophoniste est sanctionné par une mesure de mise hors convention, il ne peut se faire remplacer pendant toute la durée de la sanction. Il ne peut pas non plus exercer en tant que remplaçant d'un orthophoniste exerçant à titre libéral et régi par la présente convention.

#### **Article.42.4. Procédure exceptionnelle de déconventionnement**

En cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels justifiant le dépôt d'une plainte pénale par l'organisme de sécurité sociale en application du 3<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.114-9 du code de la sécurité sociale et entraînant un préjudice financier dépassant huit plafonds mensuels de la sécurité sociale, le directeur de la Caisse du lieu d'exercice de l'orthophoniste peut décider de suspendre les effets de la convention, après accord du directeur de l'UNCAM ou de son représentant désigné à cet effet.

Cette suspension provisoire ne peut excéder trois mois.

Préalablement au prononcé de la suspension, le directeur de la caisse notifie au professionnel, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, les faits reprochés et la suspension envisagée et les voies de recours.

Le professionnel dispose d'un délai de quinze jours à compter de la réception de la notification pour demander à être entendu, assisté le cas échéant de la personne de son choix, pour présenter ses observations.

Après réception des observations écrites ou après l'audition du professionnel ou à l'issue du délai de quinze jours, le directeur de la caisse dispose d'un délai de quinze jours pour notifier la suspension au professionnel par une décision motivée. A défaut, la procédure est réputée abandonnée.

Simultanément, le directeur de la caisse engage la procédure de déconventionnement dans les conditions définies à l'article 42.2. Le préalable de l'avertissement décrit à l'article 42.2.1 ne s'applique pas à cette procédure.

Le professionnel dont le conventionnement a été suspendu dans ce cadre peut exercer un recours en référé contre la décision du Directeur de Caisse devant le tribunal administratif.

#### **Article.42.5. Condamnation par une instance ordinale ou judiciaire**

Lorsque le conseil de l'Ordre des médecins ou une juridiction a prononcé, à l'égard d'un orthophoniste :

- une sanction devenue définitive d'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux,
- une sanction devenue définitive d'interdiction d'exercer,
- une peine effective d'emprisonnement,



l'orthophoniste se trouve placé de fait et simultanément hors de la convention, à partir de la date d'application de la sanction ordinale ou judiciaire ou de la mesure de liquidation judiciaire, et pour la même durée.

Le directeur de la Caisse informe le professionnel de sa situation par rapport à la convention.

Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinale ou judiciaire constituent en outre une infraction au regard des règles conventionnelles, les caisses peuvent envisager à l'encontre du professionnel l'une des mesures prévues à l'article 42.3 de la présente convention en application de la procédure décrite aux articles 42 et suivants.

**Article.42.6. Continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur du présent accord**

Les procédures conventionnelles en cours à la date d'entrée en vigueur du présent texte sont examinées au regard des dispositions dudit texte. Les sanctions conventionnelles en cours d'exécution au moment de l'entrée en vigueur du présent texte s'appliquent jusqu'à leur terme.

**ANNEXE 1- TARIFS**

Les tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés comme suit :

LETTRE CLE	VALEUR METROPOLE (en euros)	VALEUR DOM (en euros)
<b>AMO</b>	2,60	2,72
<b>IFD</b>	2,50	2,50
<b>Indemnité Kilométrique</b>		
. Plaine	0,38	0,43
. Montagne	0,61	0,66
. A pied - A ski	3,35	3,35
<b>Indemnité forfaitaire de déplacement de sortie d'hospitalisation IFS</b>  L'indemnité forfaitaire de déplacement IFS peut être facturée pendant une période allant de la date de sortie d'hospitalisation au 35 <sup>e</sup> jour après cette date. Cette limitation temporelle ne s'applique pas aux déplacements liés aux actes réalisés dans le cadre des programmes d'accompagnement du retour à domicile mis en œuvre par les régimes d'assurance maladie.	4,00	4,00
<b>Indemnité forfaitaire de déplacement neurologique IFN</b>  L'indemnité forfaitaire de déplacement IFN s'applique uniquement aux actes en AMO 15,6 et AMO 15,7 de l'article 2 du chapitre 2 du titre IV de la NGAP.	4,00	4,00

<b>Forfaits entrant en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2019 :</b>		
<b>Forfait Sorties d'hospitalisation (AVC, pathologie cancéreuse ou une maladie neurologique grave entraînant une dysphagie sévère et/ou troubles de la voix)</b>	100	100
<b>Forfait Handicap</b>	50	50
<b>Majoration Enfant de moins de 3 ans</b>	6	6
<b>Télésoin TMO</b>	2,50	2,62
<b>Actes de téléexpertise RQD</b>	10,00	11,00

Les indemnités forfaitaires de déplacement IFS et IFN ne sont pas cumulables avec l'IFD.

La mise en œuvre de ces mesures tarifaires est soumise au délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale

## ANNEXE 2- METHODOLOGIE DE CLASSIFICATION DES ZONES RELATIVES AUX ORTHOPHONISTES LIBERAUX

Les partenaires conventionnels ont mené des travaux afin de rénover la méthodologie de classification des zones dans lesquelles les partenaires conventionnels ont défini des mesures d'incitation en vue d'une meilleure répartition géographique de l'offre en orthophoniste.

Ils proposent de retenir la méthode suivante pour déterminer, d'une part, les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins en orthophonie visées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique et, d'autre part, celles dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé, zones qui sont définies au 2° de ce même article.

### **1. Unité territoriale**

Ces zones identifiées sont classées en quatre niveaux de dotation : zones « sous-denses », zones « intermédiaires », zones « très dotées » et zones « sur dotées ».

Le découpage des zones est défini par 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), à l'exception des unités urbaines de plus de 30 000 habitants, où le découpage correspond aux pseudo-cantons.

### **2. Source des données**

Le découpage par type de zone a été réalisé pour 2019 et pourra être actualisé en fonction de la disponibilité des données.

- Découpage en bassin de vie/pseudo canton

Les communes qui font partie d'une unité urbaine supérieure à 30 000 habitants sont regroupées en pseudo cantons (définis par l'INSEE, année 2020), les autres sont regroupées au niveau du bassin de vie (défini par l'INSEE, année 2012).

- Variables d'activité

Les informations sur l'activité et les honoraires des orthophonistes, quel que soit le régime d'affiliation de leurs patients, sont issues du système national d'information inter régimes de l'assurance maladie et correspondent aux données de soins réalisés en 2019 remboursés jusqu'en avril 2020.

- Variables administratives

Les variables administratives par cabinet des orthophonistes sont issues du fichier national des professionnels de santé (FINPS) de 2019.

La population résidente étudiée est issue des données du recensement INSEE de 2017.

### **3. Méthodologie**

La méthodologie employée s'appuie sur une densité pondérée et standardisée. La densité pondérée et standardisée est calculée en rapportant par bassin de vie/pseudo-canton le nombre d'orthophonistes libéraux à la population du bassin de vie/pseudo-canton :

- Le nombre d'orthophonistes est exprimé en équivalent temps plein (ETP) ;

- La population résidente est standardisée par âge.

### 3.1. Classement des bassins de vie/pseudo canton

Les bassins de vie ou pseudo-cantons sont classés une première fois par ordre croissant de la densité pondérée et standardisée.

- Les premiers bassins de vie ou pseudo-cantons avec la densité pondérée et standardisée la plus faible et représentant 17,5% de la population française totale sont classés en zones « sous-denses »
- Les bassins de vie ou pseudo-cantons suivants qui représentent 60,3% de la population française sont classés en zones « intermédiaires ».
- Les bassins de vie ou pseudo-cantons suivants qui représentent 9,9 % de la population française sont classés en zones « très dotées ».
- Enfin les derniers bassins de vie ou pseudo-cantons avec la densité la plus élevée et représentant 12,3 % de la population française sont classés en zones « sur dotées ».

Les bassins de vie ou pseudo-cantons sans orthophonistes sont reclassés de la manière suivante.

- Si après l'ajout d'un orthophoniste dans le bassin de vie/pseudo-canton, la densité pondérée et standardisée correspond au niveau de dotation des zones « sous-denses », alors le bassin de vie/pseudo-canton est intégré dans les zones « sous-denses » tel que le pourcentage de population couverte représente 17,5%.
- Si la densité pondérée et standardisée calculée après ajout d'un orthophoniste est différente de ce niveau de dotation, alors la zone est intégrée en zone « intermédiaire ».
- Les autres bassins de vie ou pseudo-canton (nombre d'orthophonistes positif) restent dans la zone dans laquelle ils ont été classés initialement.

Après reclassement des bassins de vie ou pseudo-canton sans orthophonistes, les zones correspondent à :

- les zones « sous-denses » couvrent un territoire représentant 17,5% de la population française totale soit un seuil de densité maximal de 13,3 ;
- les zones « intermédiaires » couvrent un territoire représentant 60,3% de la population française totale soit un seuil de densité maximal de 43,2 ;
- les zones « très dotées » couvrent un territoire représentant 9,9% de la population française totale soit un seuil de densité maximal de 52,2 ;
- les zones « sur dotées » couvrent un territoire représentant 12,3% de la population française totale soit un seuil de densité maximal de 337,8.

A noter, au niveau régional, que les parts de population précédemment définies pour chaque type de zone peuvent être amenées à évoluer en fonction de la mise à jour de l'indicateur APL utilisé par l'ARS.

## **3.2. Descriptif des variables utilisées**

### **3.2.1. Le nombre d'orthophonistes en Equivalent Temps Plein**

Le nombre d'orthophonistes en Equivalent Temps Plein est calculé en fonction des honoraires en AMO réalisés par professionnel de santé dans l'année. L'activité de chaque orthophoniste est rapportée à la médiane (52 400 € par an pour l'orthophoniste libéral médian en 2019) et ne peut excéder 1,7 ETP (95<sup>e</sup> percentile).

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 avec une activité très faible (moins de 10 000€ d'honoraires dans l'année).

Les orthophonistes installés dans l'année sont comptabilisés pour un ETP.

### **3.2.2. La population résidente standardisée par l'âge par commune**

Afin de tenir compte de l'âge de la population par commune et d'une demande de soins en orthophonie croissante avec l'âge, la population résidente a été standardisée à partir des honoraires d'orthophonie consommés par tranche d'âge. Ces tranches d'âge sont les suivantes : 00-02, 03-05, 06-10, 11-17, 18-39, 40-59, 60-74 et 75 ans et plus.

### **ANNEXE 3- CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE A L'INSTALLATION DES ORTHOPHONISTES DANS LES ZONES SOUS DENSES**

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°16 à la convention nationale des orthophonistes
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des orthophonistes en zones sous-denses pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 3.2.1.1 et à l'annexe 3 de l'avenant n° 16 à la convention nationale
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones sous-denses prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, l'orthophoniste :

Nom, Prénom

numéro ADELI :

numéro AM :

adresse professionnelle :

un contrat d'aide à l'installation des orthophonistes dans les zones sous-denses.

#### **Article 1 Champ du contrat d'installation**

##### **Article 1.1. Objet du contrat d'installation**

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des orthophonistes libéraux, en zones « sous-denses », par la mise en place d'une aide forfaitaire pour les accompagner dans cette période de fort investissement généré par leur installation à titre libéral dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses etc....)

Cette option vise à inciter les orthophonistes libéraux à s'installer en zone « sous-dense » individuellement ou dans le cadre d'un exercice regroupé (cabinet de groupe ou en maisons de santé pluri-professionnelle).

## **Article 1.2 Bénéficiaires du contrat d'installation**

Le contrat d'installation est réservé aux orthophonistes libéraux conventionnés s'installant dans une zone « sous-dense » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

L'adhésion à l'option est individuelle. Par conséquent, chaque orthophoniste d'un cabinet de groupe devra accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

Dans le cas d'un exercice en groupe, il joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe.

Pour un même orthophoniste, le contrat d'aide à l'installation n'est cumulable, ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.2.1.3 de la convention nationale, ni avec le contrat d'aide à la première installation défini à l'article 3.2.1.2 de la convention nationale.

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

## **Article 2 Engagements des parties dans le contrat d'installation**

### **Article 2.1 Engagements de l'orthophoniste**

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 de la convention nationale des orthophonistes ;
- à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans la zone « sous-dense » à compter de la date d'adhésion ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50% de son activité dans la zone sous-dense » 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.

#### Engagement optionnel

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

### **Article 2.2 Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé**

En contrepartie des engagements de l'orthophoniste définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser :

- une participation forfaitaire 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 :

-7500 euros versés à la date de signature du contrat

-7500 euros versés avant le 30 avril de l'année civile suivante.

et ensuite les trois années suivantes 1500 euros par année versés avant le 30 avril de l'année civile suivante.



L'orthophoniste adhérant au présent contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 200 euros par mois (pendant la durée du stage) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir un étudiant stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de 4ème et 5ème année d'études dans les conditions précisées aux articles D. 4341-7 et suivants du code de la santé publique. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

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

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

Modulation régionale par l'Agence régionale de santé du montant de l'aide à l'installation dans les zones sous-denses.

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire à l'installation et de l'aide optionnelle pour l'accueil de stagiaires pour les orthophonistes adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé comme particulièrement déficitaires en offre de soins en orthophonie parmi les zones sous-denses telle que prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

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

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

Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide forfaitaire à l'installation et de l'aide pour l'accueil de stagiaires.

Pour les orthophonistes faisant l'objet d'une majoration de l'aide, le montant de l'aide tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

### **Article 3 Durée du contrat d'installation**

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature, sans possibilité de renouvellement.

### **Article 4 Résiliation du contrat d'installation**

#### **Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative de l'orthophoniste**

L'orthophoniste peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par l'orthophoniste.

#### **Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie**

En cas d'absence de respect par l'orthophoniste de tout ou partie de ses engagements (orthophoniste ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1), la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle.

L'orthophoniste dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'orthophoniste la fin de son adhésion et récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

### **Article 5 Conséquence d'une modification des zones sous-denses**

En cas de modification par l'ARS des zones sous-denses prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice de l'orthophoniste adhérent de la liste des zones sous-denses, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par l'orthophoniste.

L'orthophoniste

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

**ANNEXE 4- CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE A LA PREMIERE  
INSTALLATION DES ORTHOPHONISTES DANS LES ZONES SOUS DENSES**

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°16 à la convention nationale des orthophonistes
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à la première installation des orthophonistes en zones sous-denses pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 3.2.1.2 et à l'annexe 4 de l'avenant n° 16 à la convention nationale
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones sous-denses prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, l'orthophoniste :

Nom, Prénom

numéro ADELI :

numéro AM :

adresse professionnelle :

un contrat d'aide à la première installation des orthophonistes dans les zones sous-denses.

## **Article 1 Champ du contrat d'aide à la première installation**

### **Article 1.1. Objet du contrat d'aide à la première installation**

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des orthophonistes libéraux débutant leur exercice professionnel en zones « sous-denses », par la mise en place d'une aide forfaitaire visant à les accompagner dans cette période de fort investissement généré par leur installation à titre libéral dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses etc....).

Cette option vise à inciter les orthophonistes libéraux à s'installer en zone « très sous-dotée » individuellement ou dans le cadre d'un exercice regroupé (cabinet de groupe ou en maisons de santé pluri-professionnelle).

### **Article 1.2 Bénéficiaires du contrat d'aide à la première installation**

Ce contrat est proposé aux orthophonistes libéraux s'installant dans une zone « sous dense » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique et sollicitant pour la première fois leur conventionnement avec l'assurance maladie.

L'adhésion à l'option est individuelle. Par conséquent, chaque orthophoniste d'un cabinet de groupe devra accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

Dans le cas d'un exercice en groupe, il joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe.

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

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

## **Article 2 Engagements des parties dans le contrat d'aide à la première installation**

### **Article 2.1 Engagements de l'orthophoniste**

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 de la convention nationale des orthophonistes ;
- à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans la zone « sous dense » à compter de la date d'adhésion ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50% de son activité dans la zone « sous dense » 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.

#### Engagement optionnel

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

### **Article 2.2 Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé**

En contrepartie des engagements de l'orthophoniste définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser :

- une participation forfaitaire à 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 1500 euros par année versés avant le 30 avril de l'année civile suivante.

L'orthophoniste adhérant au présent contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 200 euros par mois (pendant la durée du stage) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir un étudiant stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> année d'études dans les conditions précisées aux articles D. 4341-7 et suivants du code de la santé publique. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

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

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

#### Modulation régionale par l'Agence régionale de santé du montant de l'aide à la première installation dans les zones sous-denses.

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire à la première installation pour les orthophonistes adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé comme particulièrement déficitaires en offre de soins en orthophonie parmi les zones sous-denses telle que prévue au 1<sup>o</sup> de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

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

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

Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide forfaitaire à l'installation.

Pour les orthophonistes faisant l'objet d'une majoration de l'aide, le montant de l'aide forfaitaire tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

### **Article 3 Durée du contrat d'installation**

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature, sans possibilité de renouvellement.

### **Article 4 Résiliation du contrat d'installation**

#### **Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative de l'orthophoniste**

L'orthophoniste peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par l'orthophoniste

#### **Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie**

En cas d'absence de respect par l'orthophoniste de tout ou partie de ses engagements (orthophoniste ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus

ses engagements définis à l'article 2.1), la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle.

L'orthophoniste dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'orthophoniste la fin de son adhésion et récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

### **Article 5 Conséquence d'une modification des zones sous-denses**

En cas de modification par l'ARS des zones sous-denses prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice de l'orthophoniste adhérent de la liste des zones sous-denses, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par l'orthophoniste.

L'orthophoniste

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom



## **ANNEXE 5- CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE AU MAINTIEN DES ORTHOPHONISTES DANS LES ZONES SOUS DENSES**

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°16 à la convention nationale des orthophonistes
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide au maintien des orthophonistes en zones sous-denses pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 3.2.1.3 et à l'annexe 5 de l'avenant 16 à la convention nationale.
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones sous-denses prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, l'orthophoniste :

Nom, Prénom

numéro ADELI :

numéro AM :

adresse professionnelle :

un contrat d'aide au maintien des orthophonistes dans les zones sous-denses .

### **Article 1 Champ du contrat de maintien**

#### **Article 1.1. Objet du contrat de maintien**

Le contrat a pour objet de favoriser le maintien des orthophonistes libéraux en zones « sous-denses » par la mise en place d'une aide forfaitaire.

Cette option vise à inciter les orthophonistes libéraux à maintenir leur exercice en zone « sous-dense » individuellement ou dans le cadre d'un exercice regroupé (cabinet de groupe ou en maisons de santé pluri-professionnelle).



### **Article 1.2. Bénéficiaires du contrat de maintien**

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

L'adhésion à l'option est individuelle. Par conséquent, chaque orthophoniste d'un cabinet de groupe devra accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

Dans le cas d'un exercice en groupe, il joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe.

Pour un même orthophoniste, le contrat de maintien n'est pas cumulable ni avec le contrat d'aide à l'installation défini à l'article 3.2.1.1 de la convention nationale, ni avec le contrat d'aide à la première installation défini à l'article 3.2.1.2 de la convention nationale.

## **Article 2 Engagements des parties dans le contrat de maintien**

### **Article 2.1 Engagement de l'orthophoniste**

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 de la convention nationale ;
- à exercer pendant une durée minimale de trois ans dans la zone « sous-dense » à compter de la date d'adhésion ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50% de son activité dans la zone « sous-dense » 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.

#### Engagement optionnel

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

### **Article 2.2 Engagement de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé**

L'orthophoniste bénéficie d'une aide forfaitaire de 1500 euros par an. Elle est versée au titre de chaque année avant le 30 avril de l'année civile suivante.

L'orthophoniste adhérent au présent contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 200 euros par mois (pendant la durée du stage) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir un étudiant stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de 4ème et 5ème année d'études dans les conditions précisées aux articles D. 4341-7 et suivants du code de la santé publique. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

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

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

Modulation régionale par l'Agence régionale de santé du montant de l'aide au maintien dans les zones sous-denses.

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire au maintien et de l'aide optionnelle pour l'accueil de stagiaire pour les orthophonistes adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé comme particulièrement déficitaires en offre de soins en orthophonie parmi les zones sous denses telle que prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

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

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

Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide forfaitaire au maintien et de l'aide pour l'accueil de stagiaires.

Pour les orthophonistes faisant l'objet d'une majoration de l'aide, le montant de l'aide forfaitaire tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

### **Article 3 Durée du contrat de maintien**

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa signature, renouvelable par tacite reconduction.

### **Article 4 Résiliation du contrat de maintien**

#### **Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative de l'orthophoniste**

L'orthophoniste peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par l'orthophoniste

#### **Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie**

En cas d'absence de respect par l'orthophoniste de tout ou partie de ses engagements (orthophoniste ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1), la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle.

L'orthophoniste dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'orthophoniste la fin de son adhésion et récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

### **Article 5 Conséquence d'une modification des zones sous-denses**

En cas de modification par l'ARS des zones sous-denses prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice de l'orthophoniste adhérent de la liste des zones sous-denses , le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par l'orthophoniste.

L'orthophoniste

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

## ANNEXE 6- OBJECTIFS DE RÉÉQUILIBRAGE DE L'OFFRE DE SOINS EN ORTHOPHONIE SUR LE TERRITOIRE

Objectifs :

1. Le solde d'installation est positif dans 75% des zones sous denses 3 ans après l'entrée en vigueur de l'avenant 19 à la convention nationale.
2. La part des installations dans les zones sous denses doit augmenter de 3 points à l'issue des 3 ans (soit passer de 7,7% à 10,7% à l'issue des 3 ans).
3. La part des installations dans les zones sur dotées et très dotées doit diminuer de 2 points à l'issue des trois ans (soit passer de 35,6% à 33,6% à l'issue des 3 ans).

Les variables administratives par cabinet d'orthophoniste libéral sont issues du fichier national des professionnels de santé (FINPS).

De plus, un orthophoniste ayant plusieurs cabinets sera décompté pour chacun d'entre eux. En effet, si un orthophoniste a un cabinet dans une zone sous dense et un second dans une zone surdotée, il sera comptabilisé deux fois.

Installation : l'installation dans un bassin de vie/pseudocanton correspond soit à un nouveau conventionnement, soit à un changement de lieu d'exercice d'un bassin de vie/pseudocanton à un autre.

Le total des installations de l'année correspond à la somme des installations par bassin de vie/pseudocanton.

Solde : différence entre le nombre d'orthophonistes de l'année  $n$  et le nombre d'orthophonistes de l'année  $n - 1$ .

Taux d'installation entre deux années  $n$  et  $n - m$  : rapport entre le nombre d'installations de l'année  $n$  et le nombre d'installations de l'année  $n - m$ .

Part ou pourcentage d'installations : rapport entre le nombre des installations d'une zone donnée et l'ensemble des installations France entière.

## ANNEXE 7- DE L'ARCHITECTURE REDACTIONNELLE DES COMPTE RENDUS DE BILANS ORTHOPHONIQUES

### **Préambule**

Les parties signataires rappellent la volonté réaffirmée de favoriser des pratiques de qualité dans l'utilisation du compte rendu de bilan orthophonique.

Le compte rendu du bilan orthophonique doit répondre aux exigences de clarté facilitant une bonne lisibilité pour le prescripteur, le médecin conseil, le patient, et tout autre orthophoniste en cas de transmission du dossier.

Le bilan est l'outil indispensable à la pose du diagnostic orthophonique, à la décision thérapeutique et à la conduite du traitement ; il en est le fondement. A ce titre, son compte rendu doit comporter les différents points figurant dans le plan rédactionnel.

Il est toutefois précisé que le paragraphe intitulé « anamnèse » sera renseigné, dans les limites du libre arbitre de l'orthophoniste, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires.

Il est également rappelé que l'orthophoniste, en prenant notamment en compte les conclusions des recommandations pour les domaines ayant fait l'objet de publications par la HAS, ce au fur et à mesure de leur parution, reste seul responsable des techniques d'investigation utilisées pour la mise en œuvre du bilan proprement dit. Le compte rendu fera référence à l'appellation de ces épreuves.

### **Structure rédactionnelle du bilan initial**

#### **I. Objet du bilan**

- données administratives, nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de sécurité sociale,
- plaintes du patient et/ou de son entourage. (maladie ou symptôme pour lequel la rééducation est entreprise)

#### **II. Anamnèse**

Comprenant notamment :

- le cursus scolaire et/ou professionnel, et éventuellement :
- les antécédents familiaux, médicaux et/ou psychologiques nécessaires à l'étude du cas du patient et de sa plainte,
- les autres traitements et prises en charge en cours,
- le comportement socio-psycho-affectif du patient.

#### **III. Bilan**

Domaine(s) exploré(s).

Synthèse des explorations réalisées, et des tests et épreuves utilisés, suivie des résultats.

#### **IV. Le diagnostic orthophonique**

Avec correspondance du libellé de la NGAP, relatif au trouble.

#### **V. Projet thérapeutique**

- Objectifs de la rééducation,
- Plan de soins proposé ou envisagé,
- Examen(s) complémentaire(s) proposé(s).

### **Structure rédactionnelle du bilan de renouvellement**

#### **I. Evolution**

- rappel des données administratives : nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de sécurité sociale
- suivi depuis : date de début des premiers soins orthophoniques
- pour : rappel du diagnostic orthophonique
- faits marquants dans l'évolution.

#### **II. Bilan orthophonique**

(centré sur le diagnostic orthophonique)

#### **III. Diagnostic orthophonique**

#### **IV. Suites thérapeutiques**

- objectifs actualisés,
- plan de soins envisagé,
- éventuellement examen(s) complémentaire(s) proposé(s).

**ANNEXE 8- MODALITÉS DE CALCUL DE LA PARTICIPATION DES CAISSES  
AUX COTISATIONS SOCIALES DUES AU TITRE DU RÉGIME D'ASSURANCE  
MALADIE, MATERNITÉ, DÉCÈS DES PRATICIENS ET AUXILIAIRES MÉDICAUX  
CONVENTIONNÉS**

La participation des caisses mentionnée aux articles 32 et suivants du présent texte est calculée de la manière suivante.

**1. Calcul du montant de la participation sur les revenus conventionnés**

Un taux d'honoraires sans dépassement est calculé pour chaque professionnel en rapportant le montant total des honoraires liés à l'activité conventionnée, déduction faite des dépassements d'honoraires au montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée.

Le montant de la participation de l'assurance maladie sur les revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires correspond au montant total des revenus tirés de l'activité conventionnée, multiplié par le taux d'honoraires sans dépassements et par le taux de prise en charge.

**2. Calcul du montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées pour des structures dont le financement inclut la rémunération des orthophonistes**

Le montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des orthophonistes correspond à l'ensemble de ces revenus, dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables, multiplié par le taux de prise en charge.

**3. Calcul du montant total de la participation au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès**

Le montant total de la participation au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés correspond à la somme des deux montants calculés précédemment.

## **ANNEXE 9- NUMERISATION ET TELETRANSMISSION DES ORDONNANCES**

### **Article 1 - Principe de numérisation et de télétransmission des pièces justificatives**

Les parties signataires reconnaissent l'intérêt de simplifier les modalités de transmission des pièces justificatives de la facturation, notamment les ordonnances, de faciliter leur réception et leur archivage par la caisse et par voie de conséquence de parvenir à leur numérisation et à la dématérialisation de leur transfert, dans l'attente de la prescription électronique.

A cette fin, les parties signataires conviennent d'organiser un dispositif comprenant la numérisation des pièces justificatives de la facturation, quel que soit le destinataire du règlement, notamment des ordonnances originales exécutées, et leur transfert vers les organismes d'assurance maladie.

Les parties signataires conviennent que la transmission des pièces justificatives numérisées s'effectue, par principe, en télétransmission vers le serveur informatique dédié dans le respect des dispositions de la présente annexe et du cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

En vue de la télétransmission des pièces justificatives numérisées, l'orthophoniste s'engage à s'équiper d'un logiciel agréé par le CNDA lorsque ceux-ci seront disponibles. Il s'engage à télétransmettre les pièces justificatives numérisées vers le serveur dédié, dès lors que les moyens techniques mis à sa disposition le lui permettent.

En cas d'absence de transmission dématérialisée en raison de l'échec de la transmission électronique de la pièce justificative numérisée ou d'absence d'équipement adapté, la transmission des pièces justificatives de la facturation par l'orthophoniste, et ce quel que soit le destinataire de règlement, se fait selon les modalités décrites à l'article 28 de la convention nationale.

L'orthophoniste s'engage à transmettre la pièce justificative selon un seul et même mode de transmission hormis les cas de dysfonctionnement de la numérisation. Il s'interdit ainsi, pour une même pièce justificative, de la transmettre simultanément selon plusieurs modes de transmission.

### **Article 2 - La pièce numérique**

Les parties conviennent que la pièce justificative correspondant au duplicata ou à la copie de l'ordonnance originale sur support papier et portant les mentions obligatoires fixées réglementairement et par la dernière version du cahier des charges SESAM Vitale est remplacée par une copie numérique fidèle et durable de l'ordonnance originale.

L'ordonnance ainsi numérisée et transmise à l'organisme d'assurance maladie est désignée ci-après « la pièce numérique ».

La pièce numérique est considérée comme la « pièce justificative » ouvrant droit au remboursement et à la prise en charge conformément à la réglementation en vigueur.

Dès lors que le processus d'envoi et de réception de la pièce numérique est réalisé selon les principes définis à la présente annexe, l'orthophoniste se trouve dispensé d'adresser à l'organisme de prise en charge le duplicata ou la copie de l'ordonnance originale sur support papier.

L'orthophoniste est responsable de l'établissement de la pièce numérique, de sa fidélité à la pièce justificative papier.



La modification du mode de transmission de la pièce justificative est sans effet sur les responsabilités respectives de l'orthophoniste et de l'assurance maladie concernant les pièces justificatives, telles qu'elles résultent des textes en vigueur.

L'orthophoniste s'engage à transmettre une pièce justificative conforme, c'est-à-dire d'une qualité de numérisation permettant l'atteinte d'un taux d'exploitabilité des pièces numériques de 99 %.

La liste des anomalies rendant inexploitable les pièces numériques est fixée à la présente annexe.

La résolution de l'image constituant la pièce numérique doit être a minima de 200 DPI pour assurer une qualité d'image suffisante.

Le format de l'image constituant la pièce numérique de type pdf doit être a minima A5 et doit être visualisable sur un écran de taille référence 800X600 ou une résolution supérieure après accord des parties.

### **Article 3 - La numérisation des pièces justificatives**

L'orthophoniste s'engage à numériser les pièces justificatives par ses propres moyens techniques, lesquels garantissent la fidélité de la pièce numérique à la pièce justificative sur support papier, et ce dans le respect des conditions techniques figurant au cahier des charges publié par le GIE SESAM-Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

L'orthophoniste s'engage à effectuer l'opération de numérisation de la pièce justificative lors de la prise de contact avec son patient pour une transmission de ces pièces tant lors de la transmission d'une éventuelle demande d'accord préalable que lors de la facturation (par le biais d'une feuille de soins électronique).

Dans les situations où la pièce justificative aurait déjà été transmise lors d'une précédente facturation par voie électronique pour la même série d'acte, l'orthophoniste transmet alors les informations nécessaires à l'identification de la pièce justificative, l'ordonnance initiale en l'espèce, selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM VITALE ainsi que ses annexes fonctionnelles.

Dans le cadre d'un soin réalisé après une demande d'accord préalable, l'orthophoniste transmet de nouveau l'ordonnance numérisée à l'appui de la facturation du soin.

### **Article 4 - Délai de transmission des pièces justificatives**

L'orthophoniste s'engage à procéder à la télétransmission des pièces justificatives numérisées après transmission du lot de facturation que la facturation ait lieu en mode sécurisé ou en mode SESAM dégradé. Cette opération est effectuée automatiquement par son logiciel.

### **Article 5 - La facturation des actes en série ou réalisés dans un cabinet de groupe**

Les parties signataires conviennent que, en cas de transmission d'une feuille de soins électronique correspondant à la facturation d'un acte en série ou d'un acte réalisé dans un cabinet de groupe, la transmission de la pièce justificative numérisée, soit l'ordonnance, ou des informations nécessaires à l'identification de la pièce justificative initiale, soit l'ordonnance initiale, est requise selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM VITALE ainsi que ses annexes fonctionnelles.

## **Article 6 - Des cas d'échec de la transmission des pièces justificatives numérisées**

### **Des cas de dysfonctionnement**

En cas d'impossibilité technique de numériser la pièce justificative de facturation, ou d'impossibilité technique de télétransmission ou d'absence de réception de l'accusé réception, lié à un échec de la télétransmission de la pièce justificative, l'orthophoniste met tout en oeuvre pour y parvenir dans un délai de cinq jours à compter de la première tentative de numérisation. En cas de nouvel échec à l'issue du délai imparti, l'orthophoniste transmet la pièce justificative sous format papier (duplicata ou copie papier), sauf si l'ordonnance a déjà été transmise à la caisse de l'assuré à l'appui d'une demande d'accord préalable ou si l'ordonnance a été transmise à l'appui d'une feuille de soins antérieure. Dans ce cas, aucune copie ne sera exigée.

### **De la non-réception des pièces numérisées**

A défaut de réception des pièces numérisées, l'organisme de prise en charge prend contact avec l'orthophoniste par tout moyen, afin de déterminer la cause de cette absence de réception.

L'orthophoniste transmet à nouveau les pièces numériques qu'il a conservées, dans les conditions définies ci-dessus (cas de dysfonctionnement).

### **De la vérification des pièces numérisées**

La liste des anomalies rendant inexploitable les images numérisées est la suivante :

- image numérisée trop blanche ;
- image numérisée trop noire ;
- problème de contraste rendant l'image numérisée illisible ;
- ordonnance tronquée : une seule page numérisée pour une ordonnance de plusieurs pages ; décalage à la numérisation droite/gauche, bas/haut.

Il est entendu que ces anomalies potentielles sont inhérentes au processus de numérisation et par conséquent inexistantes dans le processus papier.

Par ailleurs, ne doivent pas être entendues comme motifs d'inexploitabilité les anomalies suivantes :

- date de soins erronée ou absente sur la feuille de soins ;
- falsification par le prescripteur ou l'assuré ;
- prescription médicale imprécise ;
- rajout, surcharge ou rature de la prescription médicale ;
- utilisation de prescription type présignée ;
- identification absente ;
- duplicata, feuille de soins ou volet de facturation absent ;
- prescription médicale absente.

Une période de vérification initiale des pièces numérisées est mise en place par l'organisme de prise en charge pendant un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception des premières pièces justificatives numérisées. Pendant cette période, l'organisme de prise en charge signalera à l'orthophoniste les éventuelles anomalies constatées et l'aidera à procéder, le cas échéant, aux ajustements nécessaires.

Ultérieurement, si l'organisme de prise en charge observe une dégradation de la qualité de la numérisation des pièces justificatives, il se réserve la possibilité de renouveler ce contrôle sur une période maximum de quatre-vingt-dix jours. Dans, ce cadre, il en avise l'orthophoniste dans un délai minimum de sept jours avant la mise en place du contrôle.

L'orthophoniste s'engage à trouver des solutions techniques permettant de procéder au contrôle de la qualité des images numérisées en amont de leur transmission aux organismes de prise en charge.

### **Article 7- La valeur probante des pièces justificatives numérisées**

Les parties signataires conviennent que la pièce numérique transmise par l'orthophoniste dans les conditions définies dans la présente annexe, a la même valeur juridique et comptable que la pièce justificative sur support papier.

La copie numérique de l'ordonnance originale a la même valeur que lorsque l'apposition de la signature et des mentions obligatoires est réalisée sur le support papier.

L'inscription, par l'orthophoniste, de son identifiant, sur l'ordonnance vaut signature au sens de l'article R. 161-45 du code de la sécurité sociale.

### **Article 8 - La conservation des preuves et de la protection des données**

L'orthophoniste conserve les pièces numériques sur le support de son choix et dans les conditions permettant de les copier et les imprimer si nécessaire, et ce pendant quatre-vingt-dix jours à compter du jour de la télétransmission.

En outre, durant les périodes de vérifications des pièces numérisées définies à la présente annexe, l'orthophoniste conserve également, sous forme papier, les copies d'ordonnances.

L'organisme de prise en charge conserve les pièces numériques pendant la durée légale de conservation des pièces justificatives, conformément à la réglementation en vigueur.

L'organisme de prise en charge et l'orthophoniste s'assurent respectivement que les pièces numériques qu'ils ont archivées ne sont accessibles qu'aux seuls utilisateurs habilités.

Les mesures de conservation ci-dessus décrites ne se substituent pas et ne sauraient éluder les autres obligations de droit commun qui pèsent habituellement sur l'orthophoniste ou sur les organismes de prise en charge au regard des textes qui leur sont applicables en matière de conservation d'éléments de preuve pour d'autres finalités.

L'orthophoniste et l'organisme de prise en charge s'engagent à respecter les obligations imposées par la législation sur la protection des données à caractère personnel, notamment celles relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à celles relatives à l'accès aux documents administratifs et à celles relatives aux archives.

## **ANNEXE 10- REGLEMENT INTERIEUR TYPE DES INSTANCES CONVENTIONNELLES**

Les dispositions du présent règlement intérieur sont applicables à la commission paritaire nationale, à la commission paritaire régionale et à la commission paritaire départementale visés aux articles 41 et suivants du présent texte.

### **Article 1 Organisation des commissions paritaires conventionnelles**

#### **Article 1.1. Secrétariat de la commission**

Le secrétariat et les moyens nécessaires au fonctionnement sont mis en place par l'UNCAM pour la CPN, par le représentant régional auprès du régime général (coordonnateur) ou par une caisse de la région pour la CPR et par une caisse du département pour la CPD.

Le secrétariat assure les tâches administratives de l'instance.

#### **Article 1.2. Organisation des réunions des commissions**

Les convocations sont adressées, par mail, par le secrétariat aux membres de la commission au moins quinze jours avant la date de la réunion, sauf urgence acceptée par le président et le vice-président.

Elles sont accompagnées de l'ordre du jour établi après accord de ces derniers ainsi que des documents utiles, le cas échéant, à l'examen des sujets qui y sont inscrits.

Chaque caisse ou organisation syndicale peut convier en séance des conseillers techniques. Le nombre de ces conseillers est limité à cinq par section.

Chaque caisse ou organisation syndicale peut convier en séance des experts au nombre maximal de deux. Les membres de la commission sont informés, au moins sept jours avant la date de la séance, de la qualité des personnes concernées et des sujets de l'ordre du jour sur lesquels leur compétence est requise. En séance, ces experts n'interviennent que sur ces sujets.

Lorsque la commission se réunit pour instruire une procédure de sanction conventionnelle à l'encontre d'un orthophoniste, les conseillers techniques et les experts ne sont pas habilités à assister aux délibérations de la commission.

Lorsque la commission se réunit pour une procédure conventionnelle à l'encontre de l'un des membres de la section professionnelle, celui-ci ne peut siéger lors de l'examen de son dossier.

A titre exceptionnel, pour tenir compte des difficultés d'organisation rencontrées (éloignement des représentants de la section professionnelle du lieu d'implantation de l'instance paritaire), les membres de la commission peuvent décider, après accord du président et du vice-président, de se réunir par visioconférence ou de solliciter l'avis de la commission par courriel.

#### **Article 1.3. Présidence des sections et des commissions**

Lors de la première réunion de la commission, la section professionnelle de la commission désigne son président. En cas d'égalité des voix, la présidence est assurée par le plus âgé des candidats ayant obtenu le même nombre de voix.

La section sociale de chacune des instances désigne son président parmi les conseillers membres de cette instance.

La présidence de la commission sera assurée la première année du présent texte par le président de la section professionnelle. Le président de la section professionnelle et le président de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'une année, la présidence et la vice-présidence de la commission.

Pour ce faire, à la date anniversaire de la publication au *Journal Officiel* du présent texte, il est procédé automatiquement à l'alternance de la présidence, sans qu'il soit nécessaire que l'instance se réunisse au préalable.

La présidence de plusieurs commissions ne peut être assurée simultanément par la même personne.

## **Article 2 Délibérations**

### **Article 2.1. Vérification des règles de quorum et de parité**

La commission ne peut valablement délibérer que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée.

Le quorum correspond à un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié du nombre des membres composant chacune des sections.

La parité nécessite un nombre égal de membres présents ou représentés dans la section professionnelle et dans la section sociale.

En cas d'impossibilité de siéger, les membres de la commission se font représenter par leurs suppléants ou donnent délégation de vote à un autre membre de la même section. Aucun membre ne peut recevoir plus de deux délégations.

En l'absence de quorum, un constat de carence est établi pour prendre acte de l'absence de quorum et une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de quinze jours.

La commission de nouveau réunie délibère alors valablement sur tous les sujets, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés, sous réserve que la parité soit respectée. Dans le cas où la parité n'est pas respectée, un constat de carence est établi et les dispositions de l'article 3 du présent règlement intérieur sont applicables.

### **Article 2.2. Règles de vote**

Pour les points de l'ordre du jour requérant un vote, la commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des abstentions.

En cas de partage des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance. Le vote s'établit alors à bulletin secret. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs, nuls ou des abstentions.

En cas de partage des voix lors d'un second tour de vote portant sur un avis requis en matière de sanction conventionnelle, l'absence d'accord qui vaut avis de la commission est acté dans le procès-verbal.

Le secrétariat de la commission est chargé de transmettre au président de chaque section un relevé de décision de chaque réunion de la commission, par mail, dans les quarante-cinq jours suivant la date de réunion de celle-ci. Il est approuvé et signé par les deux présidents de section dans un délai de trente jours à compter de sa date de transmission. Il est ensuite adressé à chaque membre de la commission.

Ces délais ne sont pas applicables lorsque sont mises en oeuvre les procédures conventionnelles.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations dans les conditions prévues par le code pénal.

### **Article 3 Situation de carence de la commission**

Les partenaires conventionnels reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

- défaut de constitution de l'une ou de l'autre des sections dans le délai imparti,
- défaut de parité au sein de la commission,
- impossibilité pour le président et le vice-président de la commission soit de fixer une date, soit d'arrêter un ordre du jour en commun malgré deux tentatives successives,
- refus par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour malgré deux tentatives successives.

Dans le premier cas, la section constituée constate la carence et assure seule les missions de la commission.

Dans les trois autres cas, un constat de carence est dressé. La section à l'origine de la situation de carence, est invitée par le président ou le vice-président de la commission à prendre toute disposition pour remédier à la situation.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat de carence, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce qu'il soit remédié à cette situation.

### **Article 4 Groupe de travail pour la CPN, les CPR et les CPD**

La commission met en place les groupes de travail paritaires qu'elle juge nécessaire.

### **Article 5 Indemnisation des membres de la section professionnelle de la commission**

Les membres de la section professionnelle de la commission perçoivent une indemnité de vacation de 64 AMO par séance et une indemnité de déplacement.

L'indemnité de déplacement et de séjour est fixée, lors de la première réunion de la commission, conformément aux modalités prévues pour les conseillers des caisses.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux orthophonistes qui participent aux sous-commissions et aux groupes de travail créés par la commission.

Les indemnisations des orthophonistes pour leur participation aux instances conventionnelles sont assimilées à des honoraires d'actes conventionnés.

## **ANNEXE 11- COMMISSION DE HIERARCHISATION DES ACTES ET DES PRESTATIONS D'ORTHOPHONIE (CHAP)**

Une commission de hiérarchisation des actes et des prestations d'orthophonie est mise en place en application de l'article L.162-1-7 du code de la Sécurité Sociale.

### **33.1 Rôle de la commission**

La commission a pour objet de définir les règles de hiérarchisation des actes et prestations d'orthophonie pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie et de valider la hiérarchisation qui en résulte. Elle peut faire appel, en tant que de besoin, à des experts, des sociétés savantes ou des économistes.

En cas de divergence d'interprétation de la nomenclature, la CHAP peut être saisie, pour avis, conjointement par l'UNCAM et les syndicats signataires.

### **33.2 Composition de la commission**

La commission est composée de représentants des syndicats représentatifs et de représentants de l'UNCAM. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux.

Sont membres avec voix délibérative:

Deux collèges comprenant autant de membres chacun:

- le collège professionnel composé de 4 membres titulaires et 4 membres suppléants désignés par les organisations syndicales représentatives des orthophonistes ;
- le collège de l'UNCAM comprenant autant de membres, titulaires et suppléants, que le collège professionnel;
- un président désigné d'un commun accord par les membres de la commission.

Peuvent assister aux travaux de la commission avec voix consultative :

- un représentant de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et/ou un représentant de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) ;
- un représentant de la Haute Autorité de santé (HAS),
- Un représentant de la société savante en orthophonie

Le secrétariat de la commission est assuré par l'UNCAM.

### **33.3 Indemnisation des membres de la commission**

Le Président et les membres titulaires du collège professionnel de la commission, ou, en leur absence, les membres suppléants, perçoivent une indemnité pour perte de ressources et de frais de déplacement dont le montant est établi selon les règles d'indemnisation définies par la convention nationale des orthophonistes pour la commission paritaire nationale.

Les frais de déplacement du président, des membres titulaires du collège professionnel de la commission (ou, en leur absence, des membres suppléants) et des personnalités ou experts désignés par le président après avis de la commission, sont pris en charge par la CNAMTS dans les conditions applicables aux agents de direction de la CNAMTS.

Des honoraires peuvent être versés aux personnalités ou experts désignés par le Président après avis de la commission. Le montant de ces honoraires est fixé au cas par cas par le Président, en fonction de l'importance des travaux demandés.

### **33.4 Règlement intérieur de la commission**

La commission élabore et adopte un règlement intérieur, qui précise notamment les règles de convocation aux réunions, de fixation de l'ordre du jour, de quorum et de vote.



## ANNEXE 12- DE LA QUALITE DES SOINS ET DU SUIVI DE L'ACTIVITE INDIVIDUELLE DES ORTHOPHONISTES)

Les parties signataires rappellent la nécessité de parvenir à une optimisation médicalisée des dépenses.

En outre, elles entendent maintenir l'activité des professionnels dans des conditions compatibles avec la distribution de soins de qualité.

Les orthophonistes placés sous le régime de la présente convention, s'engagent à respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de leur profession et à maintenir leur activité dans des limites telles que les malades bénéficient de soins suivis, consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données actuelles de la science.

L'orthophoniste, dans la limite de sa compétence et sous réserve de respecter la réglementation en vigueur et les dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels, demeure libre du choix de la technique employée. Celle-ci ne peut donner lieu à une cotation supérieure ou à un dépassement tarifaire.

Les orthophonistes conventionnés participent, pour ce qui relève de leur exercice professionnel sous convention, à la politique de qualité des soins et d'optimisation médicalisée des dépenses.

- **Principes**

L'activité individuelle des orthophonistes doit faire l'objet d'un suivi, organisé au plan local.

Les parties signataires décident qu'il appartient aux commissions paritaires départementales d'examiner, au moins une fois par an, la situation des professionnels de leur circonscription dont l'activité paraît incompatible avec le respect de la nomenclature, des recommandations de bonne pratique en orthophonie et de la qualité des soins.

Cette procédure spécifique d'examen des dossiers devant les commissions paritaires départementales participe directement à l'optimisation médicalisée des dépenses de santé. Elle constitue un engagement des professionnels à maintenir leur activité dans des conditions compatibles avec la distribution de soins de qualité.

- **La procédure d'examen de l'activité individuelle**

### *Methodologie*

Conformément à l'article 18 de la convention nationale des orthophonistes, est déterminée, à partir des outils existants, une méthodologie permettant, de façon anonyme, d'isoler les activités individuelles atypiques dont le profil paraît présenter des anomalies au regard des engagements prévus ci-après.

Les modalités du suivi de l'activité individuelle, et notamment la méthodologie à observer pour assurer ce suivi en tenant compte des conditions spécifiques d'exercice de la profession, sont définies dans le cadre de la présente annexe. Elles font l'objet d'une circulaire commune d'interprétation.

Le dispositif mis en place est fondé sur une analyse qualitative de l'activité individuelle (approche médico-administrative) préalablement isolée à partir de la réunion d'un certain nombre d'indicateurs statistiques.

L'activité retenue pour cet examen comprend l'ensemble des actes inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels, effectués par l'orthophoniste et/ou son remplaçant, et qui figurent sur le relevé individuel d'activité.

L'activité est examinée à partir de ce relevé semestriel d'activité transmis par la caisse à chaque professionnel.

Le relevé indique le montant total des actes exprimés en coefficients et les honoraires réalisés par chaque professionnel et/ou son remplaçant. Il indique par ailleurs les montants, correspondant à ces coefficients, pris en charge par les régimes d'assurance maladie.

### *Procédure*

Chaque caisse primaire examine l'activité des professionnels de sa circonscription pour le compte des autres caisses, dans le courant du second semestre pour l'activité du premier semestre ; et/ou dans le courant du premier semestre de l'année qui suit pour le second semestre de l'année considérée.

Les Relevés Individuels d'Activité (RIA) fournissent une série d'indicateurs statistiques, parmi lesquels la caisse doit sélectionner, pour leur pertinence, les indicateurs suivants avec entre parenthèses le seuil d'alerte :

- le nombre de coefficients (42 740 AMO et plus). Afin que le ciblage puisse être le plus pertinent possible, les partenaires conventionnels conviennent que l'indicateur sur le nombre de coefficient sera réévalué chaque année pour tenir compte de l'évolution annuelle moyenne du nombre d'acte (+ 3,2% par an) ; soit un nombre de coefficient de 44 107 AMO et plus pour 2018, de 45 519 AMO et plus pour 2019, de 46 975 AMO et plus pour 2020 etc.....
- le nombre de patients différents par orthophoniste (moyenne départementale plus deux écarts-types)
- le nombre de patients différents par orthophoniste (moyenne départementale moins deux écarts-types)
- le nombre d'actes par patient (moyenne départementale plus deux écarts-types)

A partir d'une ventilation des RIA annuels, la caisse fait ressortir, de façon anonyme, les orthophonistes pour lesquels deux indicateurs au moins parmi ceux mentionnés plus haut sont mis en évidence.

Une analyse qualitative des dossiers est effectuée par les services médicaux et administratifs de la caisse sur la base d'une analyse de l'activité du professionnel au regard des indicateurs statistiques.

A l'issue de cette enquête médico-administrative, la caisse retient les dossiers susceptibles de présenter des anomalies au regard des engagements prévus précédemment et les transmet, de façon anonyme, pour étude et avis, à la commission paritaire départementale.

La commission sélectionne les dossiers des professionnels dont l'activité paraît incompatible avec le respect de la nomenclature générale des actes professionnels ou avec la distribution de soins de qualité ; pour ces dossiers, la commission décide de lever l'anonymat et rend un premier avis.

Dès l'avis rendu par la commission, la caisse transmet ses constatations ainsi que les pièces afférentes aux orthophonistes dont le dossier a été retenu et en informe simultanément la commission paritaire départementale.

Dans le mois suivant la transmission de son dossier par la caisse, le professionnel peut demander à être entendu par la commission paritaire départementale. Il peut, le cas échéant, être accompagné d'un orthophoniste de son choix.

Avant son audition par la commission paritaire départementale, le professionnel peut être entendu, à sa demande, par les membres de la section professionnelle.

La commission dispose d'un délai de 45 jours à compter de la transmission de leur dossier aux professionnels concernés pour examiner ces dossiers, procéder le cas échéant à l'audition des professionnels, transmettre - avec son avis dûment motivé - les dossiers à la caisse.

La caisse procède, le cas échéant, à la mise en application de mesures conventionnelles prévues ci-dessous selon la procédure prévue à l'article 42.2 de la présente convention :

- la suspension du conventionnement sans sursis (ou avec sursis dans des cas très exceptionnels)

Les suspensions du conventionnement sont de 1, 3, 6, 9 mois ou 1 an, suivant l'importance des griefs. Dans le cadre du présent dispositif, toute suspension du conventionnement supérieure à 3 mois entraîne la suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales du professionnel pour une durée égale à celle de la suspension du conventionnement.

- la suspension de tout ou partie de la participation des caisses, au financement des cotisations sociales du professionnel pour une durée maximale de douze mois

La carence de la commission paritaire départementale concernant l'examen des dossiers ou l'absence d'avis relatif au non-respect des dispositions conventionnelles par un professionnel, n'empêche pas les caisses de poursuivre leurs actions.

**ANNEXE 13- PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF A L'INTERPRETATION DU  
CHAMP D'APPLICATION DE LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES  
RAPPORTS ENTRE LES ORTHOPHONISTES ET L'ASSURANCE MALADIE**  
**SIGNÉE LE 31 OCTOBRE 1996**  
**(issue des dispositions de l'avenant 16)**

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-9 et L. 162-14-1 ;

Vu la convention nationale des orthophonistes libéraux signée le 31 octobre 1996, publiée au *Journal officiel* du 9 janvier 1997, ses avenants et ses annexes ;

Il est convenu ce qui suit entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), représentée par Monsieur Nicolas REVEL (Directeur Général),

Et :

La Fédération nationale des orthophonistes (FNO), représentée par Madame Anne Dehêtre (Présidente) ;

**Préambule**

L'article 2 de la convention nationale des orthophonistes libéraux (issu des dispositions de l'avenant 16) précise 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 à l'acte* ».

La disposition conventionnelle telle que rédigée détaille précisément les lieux dans le cadre desquels les soins dispensés par l'orthophoniste peuvent donner lieu à prise en charge par l'Assurance Maladie (cabinet, domicile, structures de soins).

Pour favoriser la prise en charge des patients en situation de handicap et permettre leur prise en charge écologique, les représentants des orthophonistes et l'Assurance Maladie s'accordent sur une interprétation extensive de cette disposition afin que les orthophonistes puissent également intervenir :

-au sein d'un établissement scolaire, dans un lieu de vie ou d'accueil (dans un lieu de mode de garde) afin de dispenser des soins auprès des enfants handicapés,

-dans un lieu de formation afin de dispenser des soins auprès des adultes handicapés,

et que les actes ainsi réalisés dans ce cadre puissent être pris en charge par l'assurance maladie.

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

**Article 1 - Objet du protocole d'accord**

Le présent protocole d'accord a pour objet de s'accorder sur une interprétation plus extensive des dispositions de l'article 2 de la convention nationale des orthophonistes libéraux susvisée afin de permettre la prise en charge par l'Assurance Maladie des actes réalisés par les orthophonistes en

milieu scolaire ou au sein d'un lieu d'accueil auprès des enfants handicapés ou dans un lieu de formation auprès des adultes handicapés.

## **Article 2 - Interprétation de l'article 2 de la convention nationale des orthophonistes libéraux**

L'article 2 de la convention nationale des orthophonistes libéraux (issu des dispositions de l'avenant 16) précise 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 à l'acte* ».

Les représentants des orthophonistes et l'Assurance Maladie s'accordent sur le fait que le terme « domicile » de l'article 2 de la convention nationale puisse faire l'objet d'une interprétation extensive afin de permettre que les soins dispensés par l'orthophoniste auprès des patients handicapés en milieu scolaire, dans un lieu de formation ou sur un lieu d'accueil puissent être pris en charge par l'assurance maladie sous réserve du respect des conditions suivantes :

1/ L'évaluation orthophonique ainsi que le projet thérapeutique du patient élaborés par l'orthophoniste ont mis en évidence que tout ou une partie de l'intervention orthophonique devait être effectué en « milieu écologique » ;

2/ Le patient pour lequel les soins sont délivrés a fait l'objet d'une reconnaissance administrative de son handicap (inscription à la Maison Départementale des personnes en situation de handicap (MDPH)) avec un taux égal ou supérieur à 50 % (cf. guide barème) ;

3/ La réalisation à titre dérogatoire des soins d'orthophonie au sein d'un établissement scolaire, d'un lieu de formation ou sur un lieu d'accueil auprès de patients handicapés a été décidée, à la suite d'une évaluation préalable par l'orthophoniste de la situation du patient, en concertation le cas échéant avec le patient majeur, avec les représentants légaux, avec les intervenants autour du patient.

4/ Le patient ne doit pas être déjà bénéficiaire de soins d'orthophonie pris en charge au sein d'une structure médico-sociale ou sanitaire.

## **Article 3 - Entrée en vigueur du protocole d'accord**

Le présent protocole d'accord entre en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2019.

## **Article 4 - Impact financier de l'interprétation extensive de l'article 2 de la convention nationale des orthophonistes libéraux**

Les dispositions du présent protocole ne comportent aucun impact financier pour l'assurance maladie dans la mesure où les actes réalisés en milieu scolaire ou dans un lieu de formation auprès de patients handicapés auraient été réalisés, à défaut de cette interprétation plus extensive de l'article 2 de la convention nationale, au sein même du domicile du patient.

Ces mesures ont simplement pour objet d'améliorer la prise en charge du patient handicapé, de permettre les adaptations et les compensations nécessaires dans tous ses milieux de vie, de permettre de favoriser son insertion scolaire et sociale. ».