

Avis et communications

AVIS DIVERS

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Avis relatif à l'avenant n° 16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996

NOR : SSAS1729530V

A fait l'objet d'une approbation, en application des dispositions de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, l'avenant n° 16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie, conclu le 30 août 2017, entre d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, et d'autre part, la Fédération nationale des orthophonistes (FNO).

AVENANT N° 16

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

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.

Préambule

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 efficiente 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

PORTÉE DE LA CONVENTION NATIONALE

Article 1^{er}

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.

TITRE I^{er}

CONFORTER L'ACCÈS 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 très sous-dotées 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 cinq 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 orthophoniste 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 divisées en deux catégories : les « zones très sous dotées » et les « zones sous dotées ».

Les « zones très sous-dotées » correspondent aux bassins de vie pseudo-cantons qui recouvrent les 12,5 % de la population française totale pour lesquels l'offre de soins en orthophoniste est la moins élevée.

Les « zones sous-dotées » correspondent aux bassins de vie pseudo-cantons qui recouvrent les 9,1 % de la population française totale pour lesquels l'offre de soins en orthophoniste est supérieure à celle des zones « très sous-dotées ».

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 3.1.2

Modulations des zones à l'échelon régional

Si les caractéristiques d'une zone le justifient, l'arrêté de l'agence régionale de santé définissant le zonage peut modifier le classement en zones très sous dotées et sur dotées selon les dispositions suivantes et après concertation prévue à l'article R. 1434-42 du code de la santé publique et avis de la commission paritaire régionale prévue à la convention nationale des orthophonistes.

A. – Modulation régionale des « zones sur dotées »

L'arrêté de l'ARS définissant le zonage peut modifier les bassins de vie ou pseudo-cantons qualifiés de « zones sur dotées » en sélectionnant parmi les bassins de vie ou pseudo-cantons qui recouvrent 17,4 % de la population française totale pour lesquels la densité en orthophonistes est la plus élevée.

Le reclassement de bassins de vie ou pseudo-cantons en « zones sur dotées » engendre le basculement de bassins de vie ou pseudo-cantons initialement classés en « zone sur dotée » vers un classement en « zone très dotée ».

Les bassins de vie ou pseudo-cantons ainsi qualifiés par l'ARS de « zones sur dotées » recouvrent 12,4 % de la population française totale.

B. – Modulation régionale des « zones très sous-dotées »

L'arrêté de l'ARS définissant le zonage peut modifier les bassins de vie ou pseudo-cantons qualifiés de « zones très sous-dotées » en sélectionnant parmi les bassins de vie ou pseudo-cantons qui recouvrent 17,5 % de la population française totale pour lesquels la densité en orthophonistes est la plus faible.

Le reclassement de bassins de vie ou pseudo-cantons en « zones très sous dotées » engendre le basculement de bassins de vie ou pseudo-cantons initialement classés en « zones très sous dotées » vers un classement en zones « sous-dotées ».

Les bassins de vie ou pseudo-cantons ainsi qualifiés par l'ARS de « zones très sous dotées » recouvrent 12,5 % de la population française totale.

Article 3.2

Dispositifs d'incitation à l'installation et au maintien dans les zones très sous-dotées

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 « très sous-dotées » 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 très sous-dotées »

Le contrat type national d'aide à l'installation des orthophonistes dans les « zones très sous-dotées » 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 « très sous-dotées », 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 « très sous-dotée » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Pour un même orthophoniste, le contrat d'aide à l'installation n'est cumulable ni avec le contrat de transition défini à l'article 3.2.1.4 du présent texte, ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.2.1.3 du présent texte, ni avec le contrat d'aide à la première installation défini à l'article 3.2.1.2.

Ce contrat est d'une durée de cinq ans.

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

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 « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50 % de son activité dans la zone « très sous-dotée » en ayant un honoraire moyen annuel de plus de 5 000 € sur la zone ;

- en cas d'exercice individuel, à recourir, autant que possible, à des orthophonistes remplaçants, assurant la continuité des soins en son absence.

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 :

7 500 euros versés à la date de signature du contrat ;

7 500 euros versés avant le 30 avril de l'année civile suivante ;

et ensuite les trois années suivantes, 1 500 euros par année versés avant le 30 avril de l'année civile suivante.

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

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

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

Article 3.2.1.2

Contrat type national d'aide à la première installation des orthophonistes dans les « zones très sous-dotées »

Le contrat type national d'aide à la première installation des orthophonistes dans les « zones très sous-dotées » 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 « très sous-dotées », 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 « très sous-dotée » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique et sollicitant pour la première fois leur conventionnement auprès de l'assurance maladie.

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

Ce contrat est d'une durée de cinq ans.

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 « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50 % de son activité dans la zone « très sous-dotée » en ayant un honoraire moyen annuel de plus de 5 000 € sur la zone ;
- en cas d'exercice individuel, à recourir, autant que possible, à des orthophonistes remplaçants, assurant la continuité des soins en son absence.

D. – Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

L'orthophoniste adhérent au contrat bénéficie :

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

Cette aide est versée de la manière suivante :

12 750 euros versés à la date de signature du contrat ;

12 750 euros versés avant le 30 avril de l'année civile suivante ;

et ensuite les trois années suivantes 1 500 euros par année versés avant le 30 avril de l'année civile suivante.

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

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 très sous-dotées »

Le contrat type national d'aide au maintien des orthophonistes dans les « zones très sous-dotées » 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 « très sous-dotées » 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 « très sous-dotée » telle que définie au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

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

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

C. – Engagements de l'orthophoniste

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

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

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 1 500 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 adhérent au présent contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 150 euros par mois (pendant la durée du stage) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir un étudiant stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées aux articles D. 4341-7 et suivants du code de la santé publique. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

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

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

Article 3.2.1.4

Contrat de transition pour les orthophonistes

Le contrat type national de transition pour les orthophonistes dans les « zones très sous-dotées » est défini à l'annexe 6 du présent texte.

A. – Objet du contrat de transition

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

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

B. – Bénéficiaires du contrat de transition

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

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

Un orthophoniste ne peut signer simultanément deux contrats avec deux ARS ou avec deux caisses différentes.

Pour un même orthophoniste, le contrat de transition n'est pas cumulable ni avec le contrat d'aide à l'installation défini à l'article 3.2.1.1 du présent texte, ni avec le contrat d'aide à la première installation défini à l'article 3.2.1.2, ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.2.1.3

C. – Engagements de l'orthophoniste dans le contrat de transition

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

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

D. – Engagements de l'assurance maladie dans le contrat de transition

L'orthophoniste adhérant au contrat bénéficie chaque année d'une aide à l'activité correspondant à 10 % des honoraires tirés de son activité conventionnée (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) dans la limite d'un plafond de 10 000 euros par an.

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

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

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

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

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

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

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

Contrats incitatifs orthophonistes conclus dans le cadre des avenants n° 13 et 15

A compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats types régionaux, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs orthophonistes conclus dans le cadre des avenants n° 13 et n° 15 à la convention nationale et repris en annexe 7 du présent texte.

Les contrats incitatifs orthophonistes en cours, conclus dans le cadre des avenants n° 13 et n° 15 de la convention nationale et repris en annexe 7 perdurent jusqu'à leur arrivée à échéance.

Nouveaux contrats incitatifs orthophonistes issus du présent texte

A titre dérogatoire, les partenaires conventionnels conviennent qu'un orthophoniste qui installe un cabinet, dans l'année précédant l'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats types régionaux, peut bénéficier de l'adhésion aux contrats d'aide à l'installation et d'aide à la première installation définis en annexes 3 et 4 du présent texte.

D. – Conséquences d'une modification des zones très sous dotées

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 très sous-dotées 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 très sous-dotée 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 oeuvre des incitations doit permettre d'atteindre des objectifs chiffrés attestant de la poursuite d'un rééquilibrage de la répartition démographique de la profession sur le territoire.

Concernant les zones « très sous-dotées », les partenaires conventionnels se sont engagés sur deux objectifs qui figurent en annexe 10.

Le premier a consisté à atteindre un solde positif des installations des orthophonistes pour 90 % des zones « très sous-dotées ». Le taux observé en 2010 était négatif, de - 2,7 %, pour ces zones.

Le second a fixé à 5 % le rapport entre le nombre total des installations nouvelles dans les zones « très sous-dotées » et le nombre des installations nouvelles ou des changements de lieux d'exercice, entre bassins de vie/pseudo-cantons, en France entière.

Compte tenu du nombre des installations observées sur la période 2009-2011, ce chiffre correspondait à environ 90 installations annuelles en « zones très sous-dotées ».

A l'inverse, concernant les zones « surdotées » et « très dotées », l'objectif était que la part des installations dans ces zones diminue de 10 points sur trois ans par rapport à celle constatée dans ces mêmes zones sur la période 2009-2011, égale à 55 %. La part des installations en zones « surdotées » et « très dotées » doit donc s'établir à 45 % du total des installations d'orthophonistes libéraux en France entière à l'issue de la période d'expérimentation.

A compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats types régionaux, de nouveaux objectifs de rééquilibrage de l'offre de soins en orthophonie seront définis par les partenaires conventionnels dans le cadre de la Commission paritaire nationale.

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.

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.

La nature et les modalités de participation des orthophonistes à ces actions font l'objet d'un protocole négocié entre les partenaires conventionnels définissant les objectifs et l'évaluation de leurs résultats.

Les partenaires conventionnels souhaitent d'ores et déjà mettre en place à titre expérimental une action de dépistage des troubles du langage et de la communication chez les enfants en milieu scolaire.

Cette action de dépistage sera ciblée sur les réseaux d'éducation prioritaire (REP, REP+), en s'inspirant du modèle du dépistage bucco-dentaire en milieu scolaire (Examen bucco-dentaire – EBD) et de l'action mise en place dans le Nord - Pas-de-Calais (DPL 3 – Outil de repérage des troubles du langage oral chez le jeune enfant).

L'objectif est de favoriser le dépistage des troubles de l'expression, du graphisme ou de la communication.

De façon générale, il conviendra dans la mesure du possible d'inscrire cette action réalisée par les orthophonistes dans le cadre d'une démarche globale de dépistage collectif des enfants en lien avec les autres professionnels de santé concernés et notamment avec les orthoptistes.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour mettre en place un groupe de travail issu de la CPN dès la parution du présent texte pour préparer le contenu et les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation exposée au présent article. L'objectif assigné à ce groupe de travail est de permettre la mise en œuvre des premières expérimentations au cours du 1^{er} semestre 2018.

Un suivi régulier de ces dispositifs expérimentaux sera réalisé en Commission paritaire nationale et, le cas échéant, en commission paritaire régionale et/ou en commission paritaire départementale.

A l'issue des expérimentations, 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.

Si tel est le cas, les parties signataires s'engageront à conclure un avenant conventionnel qui pourra pérenniser les mesures mises en place dans le cadre expérimental en les adaptant le cas échéant.

Les parties signataires conviennent d'envisager d'autres actions en direction de publics différents.

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

Intervention de l'orthophoniste à distance

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

TITRE II

VALORISER L'ACTIVITÉ DES ORTHOPHONISTES LIBÉRAUX

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 compte-rendus de bilans orthophoniques est précisée à l'annexe 11 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^{er} avril 2018 : majoration de 6 points pour l'ensemble des bilans ;
- Un deuxième palier au 1^{er} 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
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 Cotation

AMO

2017 Nouveaux libellés Avril 2018 Janvier 2019

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 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.

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.

Parallèlement, à titre de simplification de la nomenclature actuelle, les partenaires conventionnels estiment nécessaire de regrouper certains actes au regard du type de prise en charge du patient :

- troubles de l'articulation ;
- troubles de la voix ;
- utilisation de la voix trachéo et oro-oesophagienne ;
- troubles du spectre de l'autisme et handicaps ;
- pathologies neurologiques et neurodégénératives ;
- surdités ;
- troubles des fonctions oro-myo-faciales et l'oralité.

Afin de promouvoir une meilleure intervention orthophonique notamment au titre des pathologies neurologiques et neurodégénératives, de la prise en charge des jeunes enfants, des troubles du spectre de l'autisme et des handicaps, les partenaires conventionnels proposent que 19 actes de rééducation de la NGAP 2017 soient regroupés en 6 blocs et qu'une majoration avec une revalorisation de 11 d'entre eux intervienne au 1^{er} avril 2018.

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 Cotation.

AMO.

2017 Nouveaux libellés Nouvelle cotation.

AMO.

Au 1^{er} avril 2018.

1^{er} bloc de regroupements : troubles de l'articulation.

Rééducation des troubles d'articulation isolés chez des personnes ne présentant pas d'affection neurologique, par séance 5,1 Rééducation des troubles de l'articulation, par séance 8.

Rééducation des troubles de l'articulation liés à des déficiences perceptives, par séance 8.

Rééducation des troubles de l'articulation liés à des déficiences d'origine organique, par séance 8.

2^e bloc de regroupements : troubles de la voix.

Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, par séance 11,4 Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, par séance 11,4.

Rééducation des dyskinésies laryngées, par séance 11,3.

3^e bloc de regroupements : Utilisations de la voix oro-oesophagienne.

Education à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne, par séance 11,2 Education à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne, par séance avec ou sans prothèse phonatoire 11,2.

Education à l'utilisation des prothèses phonatoires quel qu'en soit le mécanisme, par séance 11,1.

4^e bloc de regroupements : Autisme et handicaps.

Education précoce à la communication et au langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental, par séance 13,6 Education ou rééducation de la communication et du langage dans les handicaps moteur, sensoriel et/ou les déficiences intellectuelles (inclus paralysie cérébrale, troubles du spectre de l'autisme et maladies génétiques), par séance 13,8.

Education ou rééducation de la communication et du langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental, par séance 13,5.

Education ou rééducation de la communication et du langage dans le cadre des paralysies cérébrales, par séance 13,8.

Education ou rééducation de la communication et du langage dans le cadre des troubles envahissants du développement, par séance 13,8.

Education ou rééducation de la communication et du langage dans le cadre des maladies génétiques, par séance 13,8.

5^e bloc de regroupements : les pathologies neurologiques.

Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée de l'ordre de 45 minutes ne pouvant être inférieure à 30 minutes, sauf mention particulière.

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

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

Rééducation des troubles de la communication et du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques, par séance 15,2 Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologie neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post traumatique. 15,7.

Rééducation de la communication et du langage dans les aphasies, par séance 15,6.

Rééducation des dysarthries neurologiques, par séance 11 Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologie neuro-dégénératives 15,6.

Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neurodégénératives, par séance 15.

6^e bloc de regroupements : les surdités.

Démütisation dans les surdités du premier âge, appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance 15,4 Démütisation, rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance 15,4.

Rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance 15,1.

Majoration.

Rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole, par séance 10,3 Rééducation des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité, par séance 13,5.

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 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^{er} 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 ne peut être coté qu'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) ou AMO 15,4 chez les enfants jusqu'à 16 ans inclus. 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 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^{er} 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 3 à 4 jours), 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 1^{er} juillet 2019.

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 1^{er} 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.

TITRE III

MODALITÉS 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 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.

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 16.

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 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^e et 4^e 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.

TITRE IV

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 cinq 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 sept 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

Équipement 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 œuvre 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 13.

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 13 de la présente convention.

Les parties signataires s'accordent sur le fait que le respect des obligations décrites à l'annexe 13 de la convention nationale permet de reconnaître la même valeur juridique à l'ordonnance numérisée qu'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.

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

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 la prise en charge coordonnée des patients peut, à compter de l'année 2019, bénéficier d'une aide complémentaire de 100 € (soit un total de 590 €/an) notamment pour l'aide à l'équipement informatique, si celui-ci participe à une équipe de soins primaires ou maison de santé pluri-professionnelle partageant un projet de santé commun ou à une communauté professionnelle territoriale de santé.

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 ;
 - régularisation de factures ;
 - paiements ponctuels ou forfaitaires ;
 - 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 V

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 conventionné

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 12 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 VI

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 : 2 représentants ;
- régime agricole : 1 représentant ;
- régime sociale des indépendants : 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 14 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 ;
- la définition des objectifs de rééquilibrage de l'offre de soins sur le territoire prévus à l'article 3.3.1 à compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats types régionaux ;
- le suivi du dispositif démographique en termes d'amélioration de l'offre de soins en orthophonie et des conditions d'exercice des orthophonistes libéraux exerçant dans les zones très sous dotées. Elle réalise le suivi

des objectifs de rééquilibrage de l'offre de soins sur le territoire fixés à l'article 3.3.1 de la présente convention ;

- le suivi de l'action de dépistage des troubles du langage et de la communication chez les enfants en milieu scolaire mis en place à titre expérimental et définie à l'article 4 de la présente convention ;
- les propositions d'actions permettant de préciser les conditions de prise en charge des soins et/ou de renforcer le respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux conditions de prise en charge des actes, ainsi que les modalités de paiement et de remboursement de ces actes ;
- la préparation des avenants et annexes à la convention ;
- la mise en 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 oeuvre 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 : 2 représentants ;
- régime agricole : 1 représentant ;
- régime sociale des indépendants : 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 14 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 très sous-dotées.
- elle développe une offre de service et d'accompagnement pour orienter les orthophonistes dans les zones très sous dotées en offre de soins en orthophonie ;
- elle étudie les documents statistiques et économiques permettant de mieux identifier dans la région les besoins de santé de la population, d'évaluer le coût des soins, la répartition de l'offre de soins en orthophonie ;
- elle assure, le cas échéant, un suivi au niveau local de l'action de dépistage des troubles du langage et de la communication chez les enfants en milieu scolaire mise en place à titre expérimental et définie à l'article 4 de la présente convention ;
- elle assure un suivi de la qualité des soins d'orthophonie, notamment en comparant l'activité des orthophonistes de chaque département de la région avec la moyenne régionale et nationale ;
- elle met en place des actions d'information et/ou de sensibilisation des professionnels sur leur activité, actions qui seront relayées par les caisses.

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

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 : 2 représentants ;
- régime agricole : 1 représentant ;
- régime social des indépendants : 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 14 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.

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 14 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^e 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.

Fait à Paris, le 18 juillet 2017

Pour l'Union nationale des caisses d'assurance maladie :

Le directeur général,

N. REVEL

*La présidente de la Fédération nationale
des orthophonistes,*

A. DEHETRE

ANNEXES

ANNEXE I

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)

AMO 2,50 2,62

IFD 2.50 2,50

Indemnité Kilométrique

. Plaine 0,24 0,27

. Montagne 0,37 0,40

. A pied - A ski

1,07

1,07

Forfaits entrant en vigueur au 1^{er} juillet 2019 :

Forfait Sorties d'hospitalisation (AVC, pathologie cancéreuse ou une maladie neurologique grave entraînant une dysphagie sévère et/ou troubles de la voix)

Forfait Handicap

Majoration

Enfant de moins de 3 ans

100

50

6

100

50

6

ANNEXE II

MÉTHODOLOGIE DE CLASSIFICATION DES ZONES RELATIVES AUX ORTHOPHONISTES LIBÉRAUX

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^o 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^o de ce même article.

1. Unité territoriale

Ces zones identifiées sont classées en cinq niveaux de dotation : zones « très sous dotées », zones « sous dotées », 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

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 2015), 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 des données en date de liquidation, du système national d'information inter régimes de l'assurance maladie pour l'année 2016.

Variables administratives

Les variables administratives par cabinet des orthophonistes sont issues du fichier national des professionnels de santé (FINPS) d'avril 2017.

La population résidente étudiée est issue des données du recensement INSEE de 2013.

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 12,5 % de la population française totale sont classés en zones « très sous dotées ».

Les bassins de vie ou pseudo-cantons suivants qui représentent 9,1 % de la population française sont classés en zones « sous dotées ».

Les bassins de vie ou pseudo-cantons suivants qui représentent 55,9 % de la population française sont classés en zones « intermédiaires ».

Les bassins de vie ou pseudo-cantons suivants qui représentent 10,2 % 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 12,4 % 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 « très sous dotées », alors le bassin de vie/pseudo-canton est intégré dans les zones « très sous dotées » tel que le pourcentage de population couverte représente 12,5 %.

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 « très sous dotées » couvrent un territoire représentant 12,5 % de la population française totale soit un seuil de densité maximal de 11,5 ;
- les zones « sous dotées » couvrent un territoire représentant 9,1 % de la population française totale soit un seuil de densité maximal de 16,0 ;
- les zones « intermédiaires » couvrent un territoire représentant 55,9 % de la population française totale soit un seuil de densité maximal de 41,5 ;
- les zones « très dotées » couvrent un territoire représentant 10,2 % de la population française totale soit un seuil de densité maximal de 49,3 ;
- les zones « sur dotées » couvrent un territoire représentant 12,4 % de la population française totale soit un seuil de densité maximal de 311,7.

3.2. Descriptif des variables utilisées

3.2.1. Le nombre d'orthophoniste en Equivalent Temps Plein

Le nombre d'orthophoniste 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 (50 727 € par an pour l'orthophoniste libéral médian en 2016) et ne peut excéder 1,7 ETP (95e 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.

4. Adaptation régionale avant publication des arrêtés par les agences régionales de santé

Si les caractéristiques d'une zone tenant par exemple à sa géographie ou à ses infrastructures de transports le justifient, les agences régionales de santé peuvent modifier le classement en zones très sous dotées et sur dotées selon les dispositions suivantes et après concertation prévue à l'article R. 1434-42 du code de la santé publique et avis de la commission paritaire régionale prévue à la convention nationale des orthophonistes.

Avant publication des arrêtés régionaux définissant les zones, si un bassin de vie ou un pseudo-canton « très doté » fait partie des zones couvrant les 17,4 % de la population française au niveau national pour lesquels la densité est la plus élevée, il peut être reclassé comme « zone sur dotée ». La part de la population régionale des zones qualifiées de « zones sur dotées » doit rester stable. Ainsi, le reclassement de bassins de vie ou pseudo-cantons en « zones sur dotées » doit engendrer le basculement de bassins de vie ou pseudo-cantons initialement classés en « zone sur dotée » vers un classement en « zone très dotée ». Après modulation au niveau régional, la répartition au niveau national conserve ainsi une part de 12,4 % de la population française totale classée en « zones sur dotées ».

De même un reclassement des bassins de vie ou pseudo-cantons en « zones très sous-dotées », au sens de l'article précédent, est possible pour les bassins de vie ou pseudo-cantons « sous dotées » s'ils font partie des zones qui recouvrent les 17,5 % de la population française pour lesquels la densité est la plus faible.

La part de la population régionale dans les zones qualifiée de « zones très sous-dotées » devra rester stable. Ainsi, le reclassement de bassins de vie ou pseudo-cantons en « zones très sous-dotées » devra engendrer le basculement de bassins de vie ou pseudo-cantons initialement classés en « zones très sous-dotées » vers un classement en zones « sous-dotées ».

ANNEXE III

CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE À L'INSTALLATION DES ORTHOPHONISTES DANS LES ZONES TRÈS SOUS DOTÉES

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 très sous-dotées 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 très sous-dotées 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 très sous-dotées.

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 « très sous-dotées », 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 « 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'installation

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

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 de transition défini à l'article 3.2.1.4 de la convention nationale des orthophonistes, 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 « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50 % de son activité dans la zone « très sous-dotée » en ayant un honoraire moyen annuel de plus de 5 000 € sur la zone ;
- en cas d'exercice individuel, à recourir autant que possible à des orthophonistes remplaçants, assurant la continuité des soins en son absence.

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 1 500 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 150 euros par mois (pendant la durée du stage) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir un étudiant stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées aux articles D. 4341-7 et suivants du code de la santé publique. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

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

En cas 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 très sous-dotées.

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 très sous-dotées 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 « très sous dotées ».

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 très sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées 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 très sous-dotées, 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 IV

CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE A LA PREMIÈRE INSTALLATION DES ORTHOPHONISTES DANS LES ZONES TRÈS SOUS DOTÉES

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 très sous-dotées 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 très sous-dotées 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 très sous-dotées.

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 « très sous-dotées », 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 « très sous-dotée » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique et sollicitant pour la première fois leur conventionnement 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 de transition défini à l'article 3.2.1.4 de la convention nationale des orthophonistes, 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 « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50 % de son activité dans la zone « très sous-dotée » en ayant un honoraire moyen annuel de plus de 5 000 € sur la zone ;
- en cas d'exercice individuel, à recourir autant que possible à des orthophonistes remplaçants, assurant la continuité des soins en son absence.

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 1 500 euros par année versés avant le 30 avril de l'année civile suivante.

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

En cas 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 très sous-dotées.

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 très sous-dotées 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 « très sous dotées ».

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 très sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées 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 très sous-dotées, 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 V

CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE AU MAINTIEN DES ORTHOPHONISTES DANS LES ZONES TRÈS SOUS DOTÉES

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 très sous-dotées 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 très sous-dotées 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 très sous-dotées.

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 « très sous-dotées » par la mise en place d'une aide forfaitaire.

Cette option vise à inciter les orthophonistes libéraux à maintenir leur exercice 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 de maintien

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

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 de transition défini à l'article 3.2.1.4 de la convention nationale des orthophonistes, 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 « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50 % de son activité dans la zone « très sous-dotée » en ayant un honoraire moyen annuel de plus de 5 000 € sur la zone ;
- en cas d'exercice individuel, à recourir autant que possible à des orthophonistes remplaçants, assurant la continuité des soins en son absence.

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 1 500 euros par an. Elle est versée au titre de chaque année avant le 30 avril de l'année civile suivante.

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

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

En cas 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 très sous-dotées.

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 très sous-dotées 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 « très sous dotées ».

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 très sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées 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 très sous-dotées, 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 VI

CONTRAT TYPE NATIONAL DE TRANSITION POUR LES ORTHOPHONISTES

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 de transition des orthophonistes pour soutenir les orthophonistes installés au sein des zones très sous-dotées préparant leur cessation d'exercice et prêts à accompagner pendant cette période de fin d'activité un orthophoniste nouvellement installé dans leur cabinet pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 3.2.1.4 et à l'Annexe 6 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 très sous-dotées 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 :

Région :

Adresse :

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

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

Département : Adresse :

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

Et, d'autre part, l'orthophoniste :

Nom, Prénom

numéro ADELI :

numéro AM :

adresse professionnelle :

un contrat de transition pour les orthophonistes pour soutenir les orthophonistes installés au sein des zones très sous-dotées préparant leur cessation d'exercice et prêts à accompagner pendant cette période de fin d'activité un orthophoniste nouvellement installé dans leur cabinet.

Article 1 Champ du contrat de transition

Article 1.1 Objet du contrat de transition

Ce contrat vise à soutenir les orthophonistes installés au sein des zones très sous-dotées définies par l'agence régionale de santé préparant leur cessation d'exercice et prêts à accompagner pendant cette période de fin d'activité un orthophoniste nouvellement installé dans leur cabinet.

L'objet est de valoriser les orthophonistes qui s'engagent à accompagner leurs confrères nouvellement installés au sein de leur cabinet, lesquels seront amenés à prendre leur succession à moyen terme.

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

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat de transition

Le présent contrat est réservé aux orthophonistes remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- installés dans une zone très sous-dotées définies au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique définies par l'agence régionale de santé et caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins ;
- exerçant une activité libérale conventionnée ;
- âgés de 60 ans et plus ;
- accueillant au sein de leur cabinet (en tant qu'associé, collaborateur libéral...) un orthophoniste qui s'installe dans la zone précitée (ou un orthophoniste nouvellement installé dans la zone depuis moins d'un an) âgé de moins de 50 ans et exerçant en exercice libéral conventionné.

Un orthophoniste ne peut signer simultanément deux contrats avec deux ARS ou avec deux caisses différentes.

Pour un même orthophoniste, le contrat de transition n'est pas cumulable ni avec le contrat d'aide à l'installation défini à l'article 3.2.1.1 de la convention nationale des orthophonistes, ni avec le contrat d'aide à la première installation défini à l'article 3.2.1.2 de la convention nationale, ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.2.1.3 de la convention nationale.

Article 2 Engagements des parties dans le contrat de transition

Article 2.1 Engagement de l'orthophoniste

L'orthophoniste s'engage à accompagner son confrère nouvel installé dans son cabinet pendant une durée d'un an dans toutes les démarches liées à l'installation en exercice libéral et à la gestion du cabinet.

L'orthophoniste s'engage à informer la caisse d'assurance maladie et l'agence régionale de santé en cas de cessation de son activité et/ou en cas de départ du cabinet de son confrère nouvel installé.

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

En contrepartie des engagements définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser à l'orthophoniste une aide à l'activité correspondant à 10 % des honoraires tirés de son activité conventionnée clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires), dans la limite d'un plafond de 10 000 euros par an.

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

Modulation régionale par l'agence régionale de santé du montant de l'aide à l'activité dans certains zones identifiées comme particulièrement fragiles.

L'ARS peut accorder une majoration de l'aide à l'activité pour les orthophonistes adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en orthophonistes parmi les zones très sous-dotées prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

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

Cette majoration ne peut excéder 20 % du montant de l'aide à l'activité prévue dans le présent article.

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

Article 3 Durée du contrat de transition

Le présent contrat est conclu pour une durée d'un an à compter de sa signature.

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

Article 4 Résiliation du contrat de transition

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

L'orthophoniste peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

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

Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

Dans le cas où l'orthophoniste ne respecte pas ses engagements contractuels (orthophoniste ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou n'effectuant plus l'accompagnement dans les conditions définies à l'article 2.1), la caisse l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

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 au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

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

Article 5 Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées prévues au 1^o 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 très sous-dotées, 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 VII

CONTRAT INCITATIF ORTHOPHONISTE

option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des orthophonistes libéraux conventionnés en zones « très sous dotées »

(Dispositions transitoires)

Conformément aux dispositions de l'article 3.2.2 C du présent texte, les contrats incitatifs orthophonistes issus des avenants 13 et 15, en cours à la date d'entrée en vigueur du présent avenant s'appliquent selon les dispositions figurant à la présente annexe jusqu'à l'adoption par le directeur général de l'agence régionale de santé des contrats types régionaux définis à l'article 3.2.2.

A compter de la date d'entrée en vigueur des contrats types régionaux, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs orthophonistes issus des avenants 13 et 15 à la convention nationale et définis à la présente annexe. Il est proposé aux orthophonistes de souscrire un nouveau contrat incitatif défini aux annexes 3 à 6 du présent texte.

Les contrats incitatifs orthophonistes en cours, issus des avenants 13 et 15 de la convention nationale et repris dans la présente annexe, perdurent jusqu'à leur arrivée à échéance.

Les parties signataires considèrent nécessaire, par des mesures structurantes favorisant le regroupement et la continuité des soins, de favoriser l'implantation des orthophonistes libéraux dans les zones « très sous dotées » et le maintien de l'activité des orthophonistes qui y sont d'ores et déjà installés. Les parties signataires souhaitent ainsi permettre à chaque orthophoniste de rompre son isolement, de limiter ses contraintes, de se former, et, de cette manière contribuer à la qualité des soins délivrés sur l'ensemble du territoire.

A cette fin, elles créent une option conventionnelle à adhésion individuelle intitulée « contrat incitatif orthophoniste », destinée à favoriser l'installation et le maintien des orthophonistes libéraux en zone « très sous dotée », dans le cadre de laquelle une participation aux équipements en lien direct avec l'exercice professionnel est allouée ainsi qu'une participation adaptée des caisses au titre des cotisations sociales obligatoires.

1. Objet de l'option

Le « contrat incitatif orthophoniste » est une option conventionnelle, signée entre les caisses primaires d'assurance maladie et les orthophonistes libéraux conventionnés, pendant une durée de trois ans, et destinée à favoriser l'installation et le maintien en zone « très sous dotée ».

Cette option vise à inciter les orthophonistes libéraux à s'installer ou exercer en zone « très sous dotée » individuellement ou par le regroupement (cabinet de groupe ou en maisons médicales pluridisciplinaires). L'exercice regroupé ou coordonné peut favoriser les échanges professionnels, et participe à la qualité des soins et à leur continuité.

2. Champ de l'option

Cette option est proposée aux orthophonistes libéraux conventionnés s'installant ou installées dans une zone « très sous dotée » telle que définie en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

3. Conditions générales d'adhésion

Tout orthophoniste désirant s'installer, ainsi que ceux déjà installés dans la zone « très sous dotée » sont éligibles à l'option sous réserve qu'il soit conventionné.

4. Avantages conférés par l'adhésion à l'option

L'orthophoniste adhérent à l'option bénéficie de différentes mesures. Les mesures dont l'orthophoniste peut bénéficier varient en fonction de la situation de ce dernier.

Aide pour le maintien en zone « très sous dotée » pour les orthophonistes installés en zone « très sous dotée ».

Si l'orthophoniste est déjà installé dans la zone « très sous dotée » au jour d'entrée en vigueur de la mesure, il bénéficie d'une aide au maintien dans la zone. Cette aide équivaut à une prise en charge de ses cotisations sociales dues au titre des allocations familiales à hauteur de 5,4 % de ses revenus nets de dépassement d'honoraires acquis dans le cadre de la convention.

Aide à l'installation en zone « très sous dotée » pour les orthophonistes qui demandent leur conventionnement en zone « très sous dotée »

Si l'orthophoniste demande son conventionnement dans la zone « très sous dotée » postérieurement à l'entrée en vigueur de la mesure, il bénéficie d'une aide à l'installation dans la zone.

Cette aide permet à l'orthophoniste adhérent de bénéficier :

- d'une participation forfaitaire de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (véhicule...) dans la limite de 1 500 euros par an, versés à terme échu pendant trois ans.
- de la participation des caisses d'assurance maladie aux cotisations dues au titre des allocations familiales en application de l'article L. 242-11 du code de la sécurité sociale. Cette participation des caisses est assise sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires acquis dans le cadre de la convention.

Cas spécifique : aide à l'installation en zone « très sous dotée » pour les orthophonistes antérieurement conventionnés en zone « sur dotée »

Si l'orthophoniste demande son conventionnement dans la zone « très sous dotée » postérieurement à l'entrée en vigueur de la mesure, alors qu'il était antérieurement à cette entrée en vigueur installé en zone « sur dotée », il bénéficie d'une majoration de ses aides à l'installation dans la zone.

Pour bénéficier de cette aide majorée, il doit au préalable avoir exercé cinq ans avant l'entrée en vigueur du dispositif, en zone « sur dotée » en ayant un honoraire moyen annuel de plus de 5 000 €.

L'orthophoniste adhérent peut bénéficier :

- d'une participation forfaitaire de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (véhicule...) dans la limite de 3 000 euros par an, versés à terme échu pendant trois ans.
- d'une participation des caisses d'assurance maladie aux cotisations dues au titre des allocations familiales en application de l'article L. 242-11 du code de la sécurité sociale. Cette participation des caisses est assise sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires acquis dans le cadre de la convention. Elle correspond à 5,4 % de ce montant.

5. Engagements de l'orthophoniste libéral

En contrepartie de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet et au financement majoré des cotisations sociales obligatoires, l'orthophoniste contractant s'engage à :

Avoir un taux de télétransmission en SESAM-Vitale supérieur ou égal à 80 %

Exercer pendant une durée minimale de trois ans dans la zone « très sous dotée »

Justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée aux deux tiers de son activité dans la zone « très sous dotée » et y percevoir des honoraires minimum équivalent à 10 % des honoraires moyens de la profession en France

Informers la caisse, une fois par an, suivant la fiche figurant à l'annexe 9 du présent texte

6. Adhésion à l'option

6.1.1 Modalités d'adhésion

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.

L'orthophoniste formalise, auprès de sa CPAM de rattachement, son adhésion suivant un modèle formalisé à l'annexe 8 du présent texte.

6.1.2 Durée de l'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement de l'acte d'adhésion par la caisse et jusqu'au terme du contrat, soit pour une durée de trois ans.

6.2.3 Suivi des engagements et effets de l'adhésion

Au terme de chaque année civile, la caisse adresse au professionnel ayant adhéré à l'option une fiche en deux exemplaires destinée à l'évaluation du respect de ses engagements. Un modèle de cette fiche figure à l'annexe 9 du présent texte. L'orthophoniste complète la partie qui le concerne et renvoie un exemplaire à sa caisse.

Il joint, le cas échéant, les justificatifs relatifs à l'exécution de l'option.

Le versement des aides est conditionné au respect des conditions d'exécution de l'option.

Concernant les orthophonistes dont le taux de télétransmission se situe entre 65 % et 80 %, la commission paritaire départementale examinera les situations individuelles et, en fonction des motifs de non atteinte du taux de 80 %, pourra décider à titre dérogatoire de ne pas tenir compte de cette condition pour évaluer le respect de l'engagement.

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.

6.3.4 Rupture de l'option

En cas d'absence de respect par l'orthophoniste de tout ou partie de ses engagements, le directeur de 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. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'orthophoniste qu'il ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet et au financement majoré des cotisations sociales ainsi que pour exiger le remboursement des sommes qui auraient indûment été perçues sur l'année civile considérée où les engagements n'auraient pas été remplis.

L'orthophoniste peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Il en informe la caisse par courrier. La décision de l'orthophoniste prend effet dès réception par la caisse du courrier. Il ne pourra pas bénéficier des aides prévues pour l'année où il résilie l'option.

ANNEXE VIII

MODÈLE DE FORMULAIRE D'ADHÉSION AU CONTRAT INCITATIF ORTHOPHONISTE

(Dispositions transitoires)

Acte d'adhésion au « Contrat incitatif orthophoniste »

Identification de l'orthophoniste :

Je soussigné (e),

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification :

Adresse du lieu d'exercice principal :

Déclare exercer :

En individuel

Déclare exercer en groupe formalisé selon le mode suivant :

Collaboration libérale

SCP

SEL

Autres contrats de société

Cabinet pluridisciplinaire ou maison de santé

Déclare solliciter une :

Aide au maintien dans la zone « très sous dotée » (pour les orthophonistes déjà installés en zone « très sous dotée » au jour de l'entrée en vigueur du dispositif)

Aide pour l'installation en zone « très sous dotée » (pour les orthophonistes qui se sont installés postérieurement à l'entrée en vigueur du dispositif)

Aide spécifique à l'installation en zone « très sous dotée » (pour les orthophonistes qui se sont installés postérieurement à l'entrée en vigueur du dispositif en zone « très sous dotées » antérieurement conventionné, pendant plus de cinq ans, en zone « sur dotée »)

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions de l'option conventionnelle appelée « contrat incitatif orthophoniste » telles qu'indiquées à l'annexe 7 du présent avenant ;

2° M'engager à en respecter les dispositions ;

3° Adhérer au « contrat incitatif orthophoniste » destiné à favoriser l'installation et le maintien des orthophonistes libéraux conventionnés en zone « très sous dotée ».

Cachet de l'orthophoniste

Fait à

Le

Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée

Adhésion non enregistrée et motif du rejet 3 :

ANNEXE IX

MODÈLE DE FICHE ÉVALUATIVE AU « CONTRAT INCITATIF ORTHOPHONISTE »

(Dispositions transitoires)

Fiche récapitulative annuelle

Partie réservée à la CPAM (1)

Période considérée :

Identification de l'orthophoniste signataire du contrat :

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification :

Date d'adhésion :

Taux annuel de télétransmission : %

Pourcentage d'activité réalisée dans la zone « très sous-dotée » : %

Honoraires annuels : €

soit % des honoraires moyens de la profession en France.

Cachet de la caisse

Date :

Partie à remplir par l'orthophoniste (2)

Je soussigné (e) :

Nom :

Prénom :

Déclare que les informations suivantes sont exactes :

Montant des investissements réalisés :

Outils informatiques :

Connexion haut débit : _ Oui _ Non

Précisez les investissements dans ce domaine (achat de matériel ou service, connexion haut débit...) :

.....

Sur l'année :

Éléments utiles pour apprécier le respect des engagements contractés :

.....

Cachet de l'orthophoniste

Fait à, le

(1) Document à remplir par la CPAM, en double exemplaire, et à envoyer à l'orthophoniste.

(2) Document complété par l'orthophoniste. Un exemplaire est conservé par l'orthophoniste, le second est à renvoyer à la CPAM.

ANNEXE X

OBJECTIFS DE RÉÉQUILIBRAGE DE L'OFFRE DE SOINS EN ORTHOPHONIE SUR LE TERRITOIRE

Objectifs :

1. Le solde d'installation est positif dans 90 % des zones « très sous-dotées » à l'issue des trois ans.
2. La part des installations dans les zones « très sous-dotées » doit atteindre 5 % à l'issue des trois ans.
3. La part des installations dans les zones « surdotées » et « très dotées » doit diminuer de 10 points à l'issue des trois ans. Cette part est actuellement de 55 %, elle doit donc passer à 45 %.

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 très sous-dotée 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.

A compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats types régionaux, de nouveaux objectifs de rééquilibrage de l'offre de soins en orthophonie seront définis par les partenaires conventionnels dans le cadre de la Commission paritaire nationale.

ANNEXE XI

DE L'ARCHITECTURE RÉDACTIONNELLE 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 XII

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 XIII

NUMÉRISATION ET TÉLÉTRANSMISSION 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 inexploitables 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 inexploitables 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 XIV

RÈGLEMENT INTÉRIEUR 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 visio-conférence 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 XV

COMMISSION DE HIÉRARCHISATION 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 XVI

DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DU SUIVI DE L'ACTIVITÉ 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

Méthodologie

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.