

**CONVENTION NATIONALE
DESTINEE A ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES ORTHOPHONISTES ET
LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE
TEXTE ACTUALISE – NOVEMBRE 2012**

PRECISIONS :

Le présent document correspond au texte actualisé - et aux annexes - de la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'Assurance Maladie, signée le 31 octobre 1996 et publiée au journal officiel du 9 janvier 1997.

Seuls la convention nationale et ses avenants, parus au Journal officiel, restent opposables.

Le texte ci-après a été actualisé pour prendre en compte :

- les modifications prévues dans les avenants ultérieurs à la publication de la convention ;
- les modifications réglementaires intervenues depuis 1996 (ex. le terme « entente préalable » a été remplacé par « accord préalable » ; l'appellation « ANAES » a été modifiée en « HAS »). Ces modifications sont matérialisées en *italique*.

PREAMBULE

Les parties signataires ont adapté la convention nationale au nouveau cadre juridique fixé par la loi n°2002-322 du 6 mars 2002, portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie.

Les parties signataires se proposent dans la convention nationale de parvenir aux objectifs suivants :

- garantir à tous les assurés l'accès à des soins de qualité ;
- maintenir l'exercice libéral de l'orthophonie ;
- respecter le libre choix de l'orthophoniste par le malade et le paiement à l'acte ;
- poursuivre en toute transparence, l'effort d'optimisation médicalisée des dépenses de santé et de valorisation des soins de qualité ;
- s'attacher à procéder à une analyse de l'évolution des dépenses de santé en matière de soins d'orthophonie, en prenant en considération notamment les priorités de Santé Publique, le développement des besoins et des expériences nouvelles en orthophonie et l'évolution de la démographie spécifique de la profession.

Constatant la nécessité de faire évoluer la réglementation professionnelle des orthophonistes, les caisses d'assurance maladie s'engagent aux côtés des professionnels à proposer l'adaptation des textes législatifs et réglementaires aux réalités de l'exercice professionnel libéral.

Les dispositions de la présente convention trouveront leur adaptation au fur et à mesure de l'évolution des textes régissant l'exercice professionnel ou concernant l'avantage social vieillesse des orthophonistes.

Ainsi les orthophonistes pourront-ils mieux participer à une saine gestion du système de couverture sociale de santé à titre individuel et collectif dans le cadre de leur responsabilité thérapeutique et éthique.

TITRE I

DE LA DELIVRANCE DES SOINS AUX ASSURES

Article 1. Du champ d'application de la convention

La présente convention s'applique, d'une part, aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie, aux Caisses de Mutualité Sociale Agricole et aux Caisses Maladie Régionales des Professions Indépendantes et d'autre part, aux orthophonistes exerçant en cabinet libéral, pour les soins dispensés au cabinet, au domicile de l'assuré ou, le cas échéant, dans des 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 exerçant dans les locaux commerciaux ou leurs dépendances ¹;
- les orthophonistes salariés exerçant dans un établissement public ou privé d'hospitalisation ou dans un centre de santé agréé.

Article 2. Du libre choix

Paragraphe 1 : Principes

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.

Paragraphe 2 : Application

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

Si l'assuré fait appel, sans motif justifié, à un orthophoniste qui n'exerce pas dans la même agglomération ou, à défaut, dans l'agglomération la plus proche, les Caisses ne participent pas aux dépenses supplémentaires qui peuvent résulter de ce choix.

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. Les syndicats visés à l'article 20 peuvent faire de même à l'égard de leurs adhérents.

¹Au sens du droit commercial.

Article 3. De la constatation des soins - De l'utilisation des feuilles de soins

Paragraphe 1 : Utilisation des feuilles de soins

Les orthophonistes s'engagent à n'utiliser que des supports de facturation conformes aux feuilles de soins agréées par l'Assurance Maladie sur support électronique ou, à défaut, sur support papier fourni par les Caisses. Ils s'engagent à porter toutes les informations rendues nécessaires par la réglementation en vigueur sur les documents électroniques et/ou papier ouvrant droit aux prestations d'Assurance Maladie - Maternité et Accident du travail.

Pour les actes dispensés dans un établissement ou dans une structure d'hébergement, les orthophonistes doivent noter sur la feuille de soins, à côté du pavé d'identification, l'adresse, le nom et la nature de l'établissement (maison de retraite, foyer logement...) ou de la structure même où ont été effectués les soins. Le défaut de cette information entraînera l'application des dispositions de la présente convention relatives au non-respect des règles de remplissage des feuilles de soins.

Les Caisses Nationales s'engagent à consulter l'organisation syndicale nationale signataire préalablement à toute création ou modification d'imprimés nécessaires à l'application de la législation et de la réglementation de la Sécurité Sociale.

Paragraphe 2 : Constatation des soins et acquit des honoraires

• Constatation des soins

Lors de chaque acte, l'orthophoniste porte sur la feuille de soins ou le document de facturation ² toutes les indications prévues par l'article R 161-40 à R 161-44 du Code de la sécurité sociale et par la réglementation en vigueur.

Pour les actes hors nomenclature, il porte la mention " HN " sur la feuille de soins ou le document de facturation.

La prestation des soins, y compris s'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.

• Acquit des honoraires

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

Il ne peut donner l'acquit que pour des actes qu'il a accomplis personnellement, et pour lesquels il a perçu l'intégralité des honoraires dus, réserve faite des

² Le document de facturation s'entend de tous imprimés ou documents homologués par le ministère de tutelle, fournis par les caisses, ou d'un modèle agréé par celles-ci.

dispositions du paragraphe 3 du présent article et de l'article 5 paragraphe 2 de la présente convention.

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

Par exception aux alinéas 4 et 5 du présent paragraphe, 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 toutefois sa signature dans la colonne réservée à l'attestation de l'exécution de l'acte.

• Dispositions diverses

L'orthophoniste remplit et signe les imprimés nécessaires aux demandes d'*accord préalable* dans les conditions prévues à l'article 7 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels.

En aucun cas, la feuille de soins acquittée ne peut être conservée par l'orthophoniste sous réserve des dispositions réglementaires ou contractuelles particulières applicables à certaines catégories d'assurés.

Paragraphe 3 : De la constatation des soins exécutés par un salarié

Lorsque les actes sont effectués par un orthophoniste salarié d'un membre d'une profession médicale ou d'un auxiliaire médical :

- les feuilles de maladie sur lesquelles sont inscrits les soins, doivent permettre l'identification nominale et codée de l'employeur, suivie de l'identification de l'orthophoniste salarié ;
- l'orthophoniste salarié appose obligatoirement sa signature dans la colonne réservée à l'attestation de la prestation de l'acte, et indique le montant des honoraires correspondants.

Ces différentes conditions doivent être obligatoirement remplies pour que ces actes donnent lieu à un remboursement par la Caisse.

Article 4. Du paiement des honoraires

Paragraphe 1 : Principe du règlement direct

Le malade règle directement à l'orthophoniste ses 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.

Pour les assurés bénéficiaires d'actes dispensés à titre gratuit, l'orthophoniste porte sur la feuille de soins la mention "acte gratuit".

Pour les assurés ou leurs ayants droit bénéficiaires de pensions militaires ou de l'aide médicale, l'orthophoniste se conformera à la réglementation en vigueur.

Paragraphe 2 : Modalités particulières

a) Actes réalisés dans un établissement privé conventionné ne participant pas au service public hospitalier

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 peut, dans les conditions prévues par la législation en vigueur, être versée selon le choix du professionnel :

- soit globalement à un praticien ou au responsable de l'établissement, exerçant dans l'établissement, désigné par l'ensemble des dispensateurs de soins ;
- soit individuellement, à chaque orthophoniste.

b) Dispense d'avance des frais

Dans des cas qu'il estime justifiés par des situations particulières, l'orthophoniste peut accepter le paiement différé de ses honoraires. L'orthophoniste indique alors sur la feuille de soins la mention "dispense d'avance des frais" à la place de l'acquit des honoraires.

Cette procédure pourra être utilisée :

- soit pour les actes donnant lieu à un remboursement à 100% ;
- soit dans le cas de situations particulières, appréciées par le professionnel.

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

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

Les modalités pratiques d'application et de suivi de cette procédure sont définies en annexe II.

Article 5. Du remboursement des soins d'orthophonie

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.

TITRE II

DES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE LA QUALITE DES SOINS

Article 6. Des modalités d'exercice

Paragraphe 1 : Principes

Les orthophonistes sont tenus de faire connaître aux Caisses leur numéro d'inscription sur la liste préfectorale de leur département ainsi que l'adresse de leur lieu d'exercice professionnel principal et/ou secondaire. Il peut s'agir, soit d'un cabinet personnel, soit d'un cabinet de groupe, soit d'une société. Les orthophonistes doivent faire connaître aux Caisses toutes les modifications intervenues dans les conditions d'exercice de leur profession dans un délai de 2 mois au maximum à compter de cette modification.

Lorsqu'un orthophoniste a la qualité de salarié, sauf à être hors du champ conventionnel conformément à l'article premier de la présente convention, il doit faire connaître aux Caisses : le nom, l'adresse et la qualification de son employeur, ainsi que son propre numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale.

Les orthophonistes placés sous le régime de la présente convention s'engagent à s'abstenir de tout moyen direct ou indirect de publicité ³ et s'obligent à ne pas utiliser comme moyen de publicité auprès du public la prise en charge des soins orthophoniques 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, dans des locaux distincts de tout local commercial et sans communication aucune avec celui-ci.

Paragraphe 2. Les remplaçants

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 préfectorale 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.

L'orthophoniste remplacé s'interdit, dans le cadre conventionnel, toute activité concomitante à celle du remplaçant au moment effectif de son remplacement.

³ La publicité s'entend de tout procédé visant par son contenu, sa forme, sa répétition, à attirer la clientèle vers un cabinet ou un établissement de soins déterminé.

Le remplaçant prend la situation conventionnelle du remplacé.

Il appartient à l'orthophoniste remplacé de vérifier que son remplaçant remplit bien les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement.

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

Article 7. Du contrôle médical

Lorsque le service du contrôle médical est amené, dans le cadre de ses missions, à examiner un patient bénéficiant de soins donnés par un orthophoniste, le médecin conseil ne peut, en aucun cas, porter une appréciation devant le malade sur le traitement et les soins effectués. Lors de cet examen, le médecin conseil s'abstient de tout acte et de tout conseil thérapeutique.

Ses avis sont donnés dans le respect des textes législatifs et réglementaires en vigueur.

En cas de difficultés entre un médecin conseil et un orthophoniste notamment sur la cotation des actes prescrits, sur l'application de la nomenclature générale des actes professionnels ou sur le diagnostic orthophonique posé à l'issue d'un bilan, une concertation doit s'instaurer entre le médecin conseil et l'orthophoniste intéressé en vue d'aboutir à une solution. En cas de difficultés répétées, les différends sont portés à la connaissance de la commission paritaire départementale en vue d'aboutir à une conciliation des points de vue dans le respect de la nomenclature générale des actes professionnels.

TITRE III

DE LA QUALITE DES SOINS D'ORTHOPHONIE ET DE L'OPTIMISATION MEDICALISEE DES DEPENSES

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.

L'exigence de qualité en orthophonie s'inscrit dans le cadre fixé par la loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie, en mettant en place les accords et contrats qu'elle prévoit : accord(s) de bon usage des soins d'orthophonie, contrat(s) de bonne pratique de l'orthophonie, et éventuellement contrat(s) de santé publique.

Par ailleurs, dans ce nouveau cadre juridique, les parties signataires de la convention nationale des orthophonistes ont souhaité promouvoir la qualité des soins d'orthophonie par la mise en œuvre des objectifs suivants :

- identifier les besoins de soins en orthophonie ;
- favoriser la qualité des pratiques de prescription et de réalisation des soins d'orthophonie par une meilleure coordination entre prescripteurs et orthophonistes ;
- moderniser les relations entre les professionnels et les caisses en recourant notamment à la dématérialisation des échanges ;
- suivre l'activité individuelle des orthophonistes ;
- favoriser une meilleure répartition des orthophonistes sur le territoire, en fonction des besoins en soins d'orthophonie.

A cet effet, les caisses s'engagent à fournir aux membres de la commission paritaire nationale toutes données statistiques, y compris celles issues du SNIIRAM, utiles à la réalisation de ces objectifs.

Section I - Suivi des dépenses et recommandations de bonne pratique.

Article 8. Les principes d'une optimisation médicalisée des dépenses d'orthophonie.

Paragraphe 1. Suivi pluriannuel de l'évolution des dépenses d'orthophonie.

En vue de respecter l'objectif des soins de ville, les parties signataires conviennent de mettre en place un dispositif concerté de suivi de l'évolution des dépenses des actes d'orthophonie.

La commission paritaire nationale se réunit au moins deux fois par an pour suivre l'évolution annuelle des dépenses des actes d'orthophonie.

Les commissions paritaires départementales se réunissent au moins deux fois par an pour examiner le suivi des dépenses de leur circonscription relatives aux actes d'orthophonie présentés au remboursement de l'assurance maladie.

Elles mettent en place notamment :

- des actions d'information auprès des assurés ou des professionnels ;
- des actions de sensibilisation ponctuelles auprès des orthophonistes ne respectant pas leurs engagements professionnels ou conventionnels et notamment la NGAP, sans préjudice de la mise en œuvre des mesures prévues aux articles 21 et 22 de la présente convention.

Paragraphe 2. Les recommandations de bonne pratique en orthophonie.

Les parties signataires conviennent de retenir, par voie d'avenants à la convention, des thèmes de recommandations de bonne pratique destinées à promouvoir la qualité des soins d'orthophonie.

Ces thèmes sont communiqués à la *HAS* en vue de l'élaboration de ces recommandations.

Les parties signataires conviennent de définir les modalités de diffusion de ces recommandations vers les professionnels concernés et leur utilisation dans le cadre de la formation continue conventionnelle.

Paragraphe 3. L'observation de l'activité individuelle.

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.

Procédure d'examen de l'activité individuelle

L'activité retenue 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.

La procédure et les mesures encourues dans le cadre de l'examen de l'activité individuelle sont précisées à l'article 22 paragraphe 3 de la présente convention.

Paragraphe 4. Revalorisations tarifaires.

Les parties signataires conditionnent les revalorisations tarifaires au constat qu'elles dresseront, d'un commun accord, du respect des obligations qu'elles se sont fixées, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Section II - Accord(s) de bon usage des soins, contrat(s) de bonne pratique, contrat(s) de santé publique.

Les parties signataires s'entendent sur la mise en conformité de la convention destinée à organiser les relations entre les orthophonistes et les trois caisses nationales avec la loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie.

Article 9. Accord(s) de bon usage des soins (AcBUS)

Les parties signataires sont convaincues que la qualité des soins passe par une meilleure définition des métiers qui y concourent.

En outre, une meilleure coordination entre prescripteurs et orthophonistes contribue à la qualité des pratiques des soins d'orthophonie.

L'utilisation, dans la pratique professionnelle, d'une architecture rédactionnelle précise du compte rendu de bilan orthophonique, prévue dans l'avenant du 13 mars 2002, vise ces deux finalités.

Cet outil de coordination permet en effet à l'orthophoniste d'informer le prescripteur et son patient des différentes composantes du bilan : diagnostic orthophonique, objectifs et plan de soins.

Les signataires s'accordent sur la nécessité d'harmoniser l'architecture rédactionnelle des compte rendus de bilans orthophonique, entendent promouvoir cet outil de coordination et ainsi aider l'ensemble de la profession à mieux se l'approprier, afin de favoriser les relations avec les médecins prescripteurs.

Paragraphe 1. Champ de l'accord

Le présent accord régit les obligations respectives des caisses et des orthophonistes libéraux conventionnés pour une meilleure utilisation du compte rendu de bilan.

Paragraphe 2. Objectif médicalisé d'évolution des pratiques

Au regard des obligations de la NGAP, l'utilisation adaptée du compte rendu de bilan, dont la forme a été élaborée par les parties signataires, permettra une meilleure coordination des pratiques professionnelles.

Paragraphe 3. Formalisation d'une architecture rédactionnelle de compte rendu de bilan orthophonique

L'architecture rédactionnelle du compte rendu du bilan initial et celle du compte rendu du bilan de renouvellement ont été formalisées par un groupe de travail associant les parties signataires.

Cette structure rédactionnelle figure en annexe IV de la convention.

Paragraphe 4. Actions mises en place

Les parties signataires conviennent qu'il est nécessaire de mettre en place les actions suivantes :

4.1 Campagnes d'information

Des actions d'information seront mises en place par les instances conventionnelles départementales afin de présenter cette architecture rédactionnelle, sa fonction et son utilisation, et d'inciter la profession à l'employer.

Lors de ces réunions seront également invités les prescripteurs à qui ces compte rendus sont destinés.

4.2 Formation continue conventionnelle

Dans le cadre de la formation continue conventionnelle des orthophonistes, les actions engagées depuis 2001 sur les bilans du langage écrit et oral seront poursuivies.

Il sera demandé aux organismes de formation d'introduire l'utilisation de l'architecture rédactionnelle de compte rendu de bilan orthophonique dans le programme de chacune des actions de formation.

La mise en place de la formation interprofessionnelle, dans ce domaine, permettra d'enrichir ces actions.

Paragraphe 5. Indicateurs pour le suivi du présent accord

Afin de mesurer l'appropriation de cet outil par les orthophonistes, les parties signataires conviennent d'élaborer et de mettre en place une méthode d'évaluation.

Les parties signataires conviennent de mettre en place un dispositif national et départemental permettant notamment de suivre l'évolution de la pratique des orthophonistes en matière de rédaction de compte rendu du bilan orthophonique.

Ce dispositif repose :

- d'une part, sur une analyse quantitative réalisée à partir de la facturation des bilans orthophoniques ;
- d'autre part, ponctuellement, sur des analyses qualitatives effectuées à partir du recueil par le service du contrôle médical, des comptes rendus de bilans orthophoniques, dans les conditions prévues par le titre IV chapitre 2 de la NGAP.

Par ailleurs, la parties signataires procéderont au terme d'un an suivant la date d'entrée en vigueur de l'avenant, au suivi de l'accord de bon usage des soins.

Paragraphe 6. Durée de l'accord

Cet accord prend effet un jour franc après sa date de publication au Journal Officiel. Il est conclu pour la durée de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les orthophonistes et les caisses nationales d'assurance maladie.

Paragraphe 7. Résiliation de l'accord

L'accord peut être résilié par décision d'une des parties en cas de :

- non-respect grave et répété des engagements de l'accord du fait de l'une des parties ;
- modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les orthophonistes.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception à tous les signataires de l'accord. Elle prend effet à l'échéance d'un préavis de deux mois.

Article 10. Contrat(s) de bonne pratique (CBP).

Considérant qu'une meilleure coordination entre prescripteurs et orthophonistes contribue à l'amélioration des pratiques professionnelles, les parties signataires, dans le cadre fixé par la loi n° 2002-322 du 6 mars 2002, définissent un contrat de bonne pratique auquel l'orthophoniste peut adhérer individuellement.

En contrepartie du respect de ses engagements, l'orthophoniste contractant bénéficiera, dans les conditions définies ci-après, d'un complément forfaitaire annuel de rémunération à la charge de l'Assurance Maladie.

Paragraphe 1. Objet du contrat

Ce contrat individuel précise les objectifs d'évolution des pratiques de l'orthophoniste.

Paragraphe 2. Engagements de l'orthophoniste

2.1 Engagements relatifs à l'évaluation de la pratique professionnelle

L'orthophoniste participe chaque année, sur un thème défini paritairement à l'échelon national, à une action de formation continue conventionnelle, comportant un module d'évaluation de l'impact de cette formation sur sa pratique. Dans les cas où l'orthophoniste contractant voit non satisfaite sa demande d'inscription à une formation continue conventionnelle dans le périmètre de la région de son lieu d'exercice, le non-respect de ce point du contrat ne peut lui être opposé.

L'orthophoniste ayant adhéré au contrat de bonne pratique peut être amené, durant ce contrat, à participer, en qualité d'intervenant formateur, à une action de formation continue conventionnelle comportant un module d'évaluation de l'impact de cette formation sur sa pratique ; dans cette hypothèse, la qualité d'intervenant formateur est assimilée à la participation à une action de formation continue conventionnelle validant l'engagement relatif à l'évaluation de la pratique professionnelle.

L'orthophoniste ayant adhéré au contrat de bonne pratique, mais n'ayant pas pu participer à une action de formation continue conventionnelle au cours de la période de 12 mois à compter de la signature de l'acte d'adhésion individuelle au contrat, est autorisé à produire néanmoins un justificatif de formation dès lors qu'il a participé à une action de formation continue conventionnelle validante dans l'année civile de la signature, afin de bénéficier du paiement du complément forfaitaire de rémunération fixé au paragraphe 3 de l'article 10 de la présente convention.

2.2 Engagements relatifs aux modalités de suivi de l'activité avec le service du contrôle médical

L'orthophoniste s'engage à transmettre au service du contrôle médical, à sa demande, les compte rendus de bilans orthophoniques dans les conditions prévues par le titre IV chapitre 2 de la NGAP.

2.3 Engagements relatifs à la participation de l'orthophoniste aux actions de l'assurance maladie à destination des assurés

L'orthophoniste pourra participer aux programmes d'information des caisses d'assurance maladie destinés aux assurés et collaborer aux différents services qu'elles mettent en place pour ces derniers, notamment en contribuant à la rédaction de supports d'information et en intervenant sur les plates-formes de service.

Pour l'organisation de ces actions, les caisses d'assurance maladie prendront l'avis des instances conventionnelles locales.

Paragraphe 3. Engagements des trois caisses nationales

Les trois caisses nationales s'engagent à verser, chaque année, à chaque orthophoniste contractant un complément forfaitaire de rémunération de 600 euros.

Ce montant pourra être réévalué dans le cadre des négociations conventionnelles de 2003, en fonction de la montée en charge des adhésions au contrat de bonne pratique.

Paragraphe 4. Actes d'adhésion et de résiliation

L'orthophoniste formalise, auprès de la caisse de son lieu d'exercice principal, son entrée dans le contrat par le biais d'un formulaire dont le modèle mis en annexe V de la convention, est établi par les parties signataires.

L'adhésion individuelle au contrat a une durée d'un an, reconductible tacitement dans les mêmes termes, sauf avis contraire de l'orthophoniste, qui prévient la caisse de son lieu d'exercice principal, par lettre recommandée avec avis de réception, deux mois au moins avant l'échéance prévue du contrat.

Le contrat peut être rompu par écrit par l'orthophoniste ou les caisses, en cas de non-respect grave et répété des engagements du contrat ou de modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre les trois caisses nationales et les orthophonistes.

En cas de rupture de contrat, la commission paritaire départementale peut être saisie par l'une des parties à titre de conciliation.

Paragraphe 5. Indicateurs pour le suivi du présent accord

Les parties signataires conviennent de mettre en place un dispositif national et départemental permettant notamment de suivre l'évolution de la pratique des orthophonistes en matière de rédaction de compte rendu du bilan orthophonique.

Ce dispositif repose :

- d'une part, sur une analyse quantitative réalisée à partir de la facturation des bilans orthophoniques ;
- d'autre part, ponctuellement, sur des analyses qualitatives effectuées à partir du recueil par le service du contrôle médical, des comptes rendus de bilan orthophonique, dans les conditions prévues par le titre IV chapitre 2 de la NGAP.

Par ailleurs, les parties signataires procéderont au terme d'un an suivant la date d'entrée en vigueur de l'avenant, à la réalisation d'un suivi portant sur le contrat de bonne pratique.

Article 11. Contrat de Santé Publique (CSP).

Les parties signataires conviennent de définir ensemble, par un avenant conventionnel, un contrat de santé publique.

Section III - Autres dispositions relatives à la qualité des soins d'orthophonie.

Les parties signataires ont entendu inscrire dans la convention les dispositions suivantes, fruit du travail partenarial de ces dernières années, au profit de la qualité des soins en orthophonie.

Article 12. Identification des besoins en orthophonie.

Le métier d'orthophoniste, de déploiement récent, recouvre des pratiques et des indications d'intervention en pleine évolution. Le vieillissement de la population ou le développement des maladies neuro-dégénératives font partie des facteurs à l'origine de ces évolutions.

Les parties signataires estiment indispensable de mieux cerner les besoins et les indications d'orthophonie, à partir des travaux de la communauté scientifique et de la *HAS* en particulier.

Elles souhaitent plus particulièrement, dans cette perspective, que la *HAS* puisse diligenter les travaux nécessaires sur la nature et la pertinence de l'intervention orthophonique dans les différentes pathologies du vieillissement et décident de formuler conjointement à cette instance cette demande d'études.

Sans attendre, les parties signataires décident de la constitution d'un groupe de travail paritaire chargé de produire des orientations sur le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge des affections neuro-dégénératives, et les limites médicales qu'il convient d'y apporter, en s'appuyant sur l'aide méthodologique de la *HAS* et en s'adjoignant l'aide d'experts choisis paritairement en tant que de besoin.

Article 13. Coordination renforcée entre prescripteurs et orthophonistes.

Les parties signataires souhaitent favoriser la qualité des pratiques de prescription et de réalisation des soins d'orthophonie par une meilleure coordination entre prescripteurs et orthophonistes.

Cette coordination s'opère à travers :

- ✓ la réalisation des bilans orthophoniques et l'élaboration de leur compte rendu qui est adressé au médecin prescripteur,
- ✓ une NGAP adaptée à la pratique professionnelle et à la compétence des orthophonistes,
- ✓ une formation renforcée des acteurs.

Paragraphe 1. Du bilan orthophonique

Le bilan orthophonique comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. A ce titre, son compte rendu doit être l'outil de la coordination entre prescripteurs et orthophonistes. Il importe donc que son contenu rédactionnel soit élaboré avec précision, conformément aux dispositions figurant en annexe IV de la convention.

La cotation des bilans de renouvellement représente 70 % de celle des bilans initiaux ; toutefois, les bilans de renouvellement doivent répondre aux mêmes exigences de contenu que les bilans initiaux.

Paragraphe 2. De la cotation et du codage des actes

Les orthophonistes s'engagent à respecter les dispositions prévues à la nomenclature générale des actes professionnels et à en utiliser les cotations.

Les parties signataires s'engagent à faciliter la mise en oeuvre du codage des actes.

En cas de modification de la législation relative à la compétence des orthophonistes, les parties signataires peuvent proposer, dans le cadre de l'article L 162-14-2 du code de la Sécurité Sociale, les aménagements à apporter à la nomenclature générale des actes professionnels.

Les conclusions issues du groupe de travail chargé d'établir une typologie des situations dans lesquelles le cumul de plusieurs rééducations est impossible ou doit, à tout le moins, susciter l'attention du service médical de l'assurance maladie, seront diffusées auprès des orthophonistes et des praticiens conseils.

Une réflexion sera engagée par les parties signataires sur la suppression à terme de la formalité de l'*accord préalable* en ce qui concerne les séances d'orthophonie et son remplacement par un dispositif d'information lors du démarrage des traitements.

Paragraphe 3. La détermination des règles de hiérarchisation des actes d'orthophonie

L'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale prévoit notamment la mise en place d'une commission de hiérarchisation des actes et des prestations pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention.

- Rôle de la commission

Cette commission a pour objet de définir les règles de hiérarchisation des actes et prestations orthophoniques pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie.

- **Composition de la commission**

La commission est composée de représentants du syndicat représentatif des orthophonistes libéraux et de représentants de l'UNCAM. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux.

Membres avec voix délibérative :

Deux collèges comprenant autant de membres chacun :

- le collège professionnel composé de quatre membres titulaires et quatre membres suppléants pour le syndicat représentatif des orthophonistes libéraux ;
- le collège de l'UNCAM comprenant autant de membres, titulaires ou 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 sans voix délibérative :

- un représentant de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ou de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) ;
- un représentant de la Haute Autorité de santé (HAS) ;
- un représentant de la société savante en orthophonie.

En tant que de besoin, la commission fait appel à des personnalités ou experts issus des sociétés savantes, désignés par le président après avis de la commission.

Le secrétariat de la commission est assuré par l'UNCAM.

- **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 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.

- **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, du quorum et de vote.

Article 14. De la modernisation des relations entre les professionnels et les caisses.

L'informatisation des relations entre les orthophonistes et les caisses permet à la fois d'enrichir les échanges de données entre les partenaires conventionnels, et d'améliorer le service rendu à la population. C'est dans cette perspective que les parties signataires entendent favoriser le développement de la télétransmission des feuilles de soins dans les conditions ci-après :

Paragraphe 1. Mise en œuvre de la télétransmission des feuilles de soins électroniques

1.1. Engagement à la télétransmission des feuilles de soins électroniques

Les parties signataires se félicitent des résultats enregistrés par les orthophonistes, en ce qui concerne la montée en charge de la télétransmission des feuilles de soins électroniques.

Le syndicat national d'orthophonistes signataire s'engage à promouvoir l'offre du service de la télétransmission des feuilles de soins électroniques en partenariat avec les caisses, afin de poursuivre sa montée en charge régulière.

Dans ces conditions, les parties signataires entendent inciter tout orthophoniste adhérent à la convention, et notamment en début d'exercice professionnel, à offrir le service de la télétransmission des feuilles de soins électroniques aux assurés sociaux, par tout moyen d'information dont elles disposent au plan local, en particulier dans le cadre de la commission paritaire départementale

Les parties signataires dresseront un bilan annuel de montée en charge de la télétransmission des feuilles de soins.

Les parties signataires mettent en œuvre les moyens nécessaires à la réalisation, l'émission des feuilles de soins électroniques conformément à la réglementation et à la version en vigueur du cahier des charges SESAM-Vitale (système SESAM-Vitale).

Elles s'engagent à respecter les principes de continuité, d'adaptabilité, d'égalité et de neutralité qui régissent le service de la télétransmission.

1.2. Equipement informatique des orthophonistes

Les orthophonistes ont la liberté de choix de l'équipement informatique grâce auquel ils effectuent la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE).

Pour assurer l'élaboration et la télétransmission des feuilles de soins électroniques, les orthophonistes s'engagent à se doter :

- ou bien d'un logiciel agréé par le Centre National de Dépôt et d'Agrément de l'Assurance Maladie (CNDA) et d'un lecteur de cartes homologué conforme aux référentiels publiés par le GIE SESAM-Vitale,

- ou bien d'un dispositif intégré équivalent, homologué conforme aux référentiels publiés par le GIE SESAM-Vitale,
- et des moyens de télécommunication suffisants.

1.3. Maintenance et évolution du système SESAM-Vitale

- L'assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires :
 - pour spécifier et organiser au mieux les évolutions du système SESAM-Vitale imposées par la réglementation, contraintes par des changements techniques ou demandées par les usagers ;
 - pour faciliter aux orthophonistes les opérations de mise à jour du système qui les concernent.
- 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 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, y compris en cas de dysfonctionnement de son équipement.

1.4. Carte de professionnel de santé

La réalisation et l'émission des feuilles de soins électroniques conformément aux spécifications SESAM-Vitale nécessitent l'utilisation d'une carte de professionnel de santé (CPS ou CPE).

L'orthophoniste s'engage à demander au GIP-CPS une carte de professionnel de santé (CPS ou CPE), dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

L'Assurance Maladie s'engage à doter chaque orthophoniste d'une carte de professionnel de santé (CPS ou CPE), dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

1.5. Liberté de choix du réseau

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

Les orthophonistes ont le libre choix de leur fournisseur d'accès à l'Internet, dès lors que ce fournisseur est compatible avec leur logiciel agréé SESAM-Vitale.

Ils peuvent aussi recourir à un organisme professionnel 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 feuilles de soins électroniques.

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 œuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications du système SESAM-Vitale et, le cas échéant, aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de flux électroniques.

Les désaccords relatifs à ces procédures peuvent être soumis à la commission mentionnée au paragraphe 4 de l'article 14 de la présente convention.

Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, l'orthophoniste fait parvenir à la CPAM dont il relève, pour information, l'exemplaire du contrat qu'il a souscrit avec cet OCT.

L'orthophoniste devra s'assurer de l'existence dans le contrat avec l'OCT des garanties suivantes :

- *garanties relatives à la confidentialité du service :*

L'OCT s'engage à respecter le secret professionnel tel que défini aux articles 226-13 et 226-14 du Code pénal.

L'OCT s'engage à effectuer auprès de la CNIL les déclarations et/ou demandes d'autorisation relatives aux traitements qu'il opère pour le compte de l'orthophoniste.

L'OCT garantit à l'orthophoniste la conformité du contrat qui lui est proposé au modèle type qui fait l'objet d'un dépôt dans les conditions dont les parties sont convenues.

- *garanties relatives à la liberté de choix de l'orthophoniste :*

L'OCT garantit à l'orthophoniste utilisant un logiciel agréé SESAM-Vitale la possibilité de ne plus télétransmettre par son intermédiaire dans un délai raisonnable à compter de sa décision et au moyen d'un simple paramétrage du logiciel réalisable sans frais, afin que l'orthophoniste ne soit pas captif de son OCT.

L'orthophoniste utilisant un logiciel agréé doit pouvoir utiliser un réseau d'accès sans être contraint de passer par un OCT et inversement sauf nécessité technique dûment justifiée (cas des dispositifs homologués où le poste de travail, le réseau et l'OCT forment un ensemble intégré).

- *garanties relatives à la neutralité :*

L'OCT s'interdit de diffuser aux orthophonistes des messages publicitaires pour des produits ou services pris en charge par l'assurance maladie.

L'OCT garantit aux orthophonistes la conformité du contrat qui les lie, ainsi que de son fonctionnement, avec les dispositions de l'article L.4113-6 et L. 4113-7 du Code de la santé publique.

- *garanties de qualité de service et cahier des charges SESAM-Vitale :*

L'OCT s'engage à ne pas dégrader par son intervention la qualité du service de télétransmission SESAM-Vitale réalisé par l'orthophoniste (acheminement des FSE et des messages en retour dans les délais impartis et sans altération).
A cet effet, il doit certifier auprès de l'orthophoniste :

- ✓ qu'il respecte le cahier des charges OCT publié par le GIE SESAM-Vitale ;
- ✓ qu'il a passé avec succès les tests techniques ad hoc proposés par le GIE SESAM-Vitale et qu'il les renouvellera en tant que de besoin, notamment en cas de modification intervenue dans ses procédures ou sur demande du GIE SESAM-Vitale ;
- ✓ qu'il a passé un accord d'information réciproque avec le GIE SESAM-Vitale relatif aux incidents de télétransmission ;
- ✓ qu'il est informé que, faute d'un accusé de réception logique positif (ARL+) en provenance de l'organisme destinataire, sous les 48 heures, l'orthophoniste doit émettre à nouveau les lots de FSE concernés et faute d'un ARL+ à l'issue d'un nouveau délai de 48 heures, l'orthophoniste devra produire des duplicata papier ;
- ✓ qu'il prend toute disposition nécessaire pour informer ses abonnés en cas d'interruption de service supérieure à 24 heures, de manière à ce qu'ils puissent décaler leurs envois, dans les limites des délais réglementaires pour ne pas être contraints de recourir au papier.

Paragraphe 2. Procédure de transmission des feuilles de soins électroniques

2.1. Etablissement de la feuille de soins électronique

La télétransmission des feuilles de soins électroniques s'applique à l'ensemble des orthophonistes, des assurés sociaux et des caisses d'assurance maladie du territoire national, selon des 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.

2.2. Validité des informations contenues dans la carte d'assurance maladie

Sous réserve de l'inscription à la liste d'opposition et des conditions mentionnées au paragraphe 2.5 de l'article 14 de la présente convention, les informations contenues dans la carte d'assurance maladie le jour de la réalisation de l'acte sont

opposables aux Caisses comme à l'orthophoniste et sont seules prises en compte pour le règlement des prestations dues.

La mise à jour des données administratives contenues dans la carte d'assurance maladie, en particulier pour ce qui concerne la validité des droits ou l'ouverture d'une exonération du ticket modérateur, est de la responsabilité des Caisses.

2.3. Dispense d'avance des frais et garantie de paiement

La dispense d'avance des frais peut être proposée aux assurés sociaux lors de la réalisation d'une feuille de soins électronique sécurisée. Les caisses d'assurance maladie s'engagent, en procédure de dispense d'avance de frais, à effectuer le paiement à l'orthophoniste de la part obligatoire des prestations facturées dans la feuille de soins électronique, sur la base des informations relatives à la couverture maladie obligatoire contenues dans la carte d'assurance maladie au jour de sa présentation, et sous réserve qu'elle ne figure pas à la liste d'opposition.

2.4. Liste nationale inter-régimes d'opposition des cartes

L'Assurance Maladie fait évoluer le système SESAM-Vitale afin de diffuser régulièrement aux orthophonistes et leur permettre d'utiliser la liste d'opposition conformément aux dispositions réglementaires en vigueur.

La liste d'opposition est constituée des numéros de série, classés par ordre croissant, des cartes définitivement mises en opposition. Elle n'est diffusée que sous forme électronique.

La diffusion aux orthophonistes de la liste d'opposition débute un an après la date à laquelle le GIE SESAM-Vitale a mis à la disposition des sociétés de service informatiques intéressées l'ensemble des éléments permettant d'accéder à cette liste et de l'utiliser. Cette date est constatée par la commission technique paritaire prévu au titre au paragraphe 4 de l'article 14 de la présente convention.

A l'expiration du délai mentionné ci-dessus, seuls les orthophonistes équipés d'un logiciel agréé ou d'un dispositif homologué permettant l'utilisation de la liste d'opposition bénéficient, en cas de dispense d'avance des frais, de la garantie mentionnée au paragraphe 2.2 de l'article 14 de la présente convention.

La liste d'opposition est mise à disposition de l'orthophoniste dans les huit derniers jours de chaque mois.

A chaque diffusion, cette liste d'opposition est datée et déposée auprès de la commission technique paritaire.

La liste est opposable à l'orthophoniste dès sa réception. Elle est réputée reçue ou rendue accessible au plus tard le premier jour du mois, sauf si l'orthophoniste, signale, par courrier recommandé avec accusé de réception dans les six premiers jours du mois, à la caisse primaire d'assurance maladie de la circonscription de son lieu d'exercice, un défaut de réception ou une impossibilité d'accès. Sauf abus manifeste, la liste qui lui est opposable est la dernière qu'il est réputé avoir reçue.

2.5. Transmission des feuilles de soins électroniques

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 règlement des prestations s'effectue en paiement direct ou en procédure de dispense d'avance de frais.

2.6. Transmission des ordonnances

En cas de dispense d'avance des frais et sauf disposition particulière énoncée à l'alinéa suivant, l'orthophoniste transmet simultanément les ordonnances 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 est déjà transmise à la caisse de l'assuré avec une demande d'*accord préalable* ou si l'ordonnance est transmise à l'appui d'une feuille de soins antérieure, aucune copie n'en sera exigée par la Caisse.

2.7. Traitement des incidents

2.7.1. Information réciproque

Les partenaires conventionnels s'engagent à s'informer réciproquement de tout dysfonctionnement du système et à collaborer pour y apporter une réponse appropriée dans les meilleurs délais.

2.7.2. Dysfonctionnement de la carte lors de l'élaboration de la feuille de soins électronique

En cas de dispense d'avance des frais et d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique sécurisée, chaque organisme d'assurance maladie autorise l'orthophoniste à lui transmettre des feuilles de soins électronique en mode « dégradé », c'est-à-dire non signées. Parallèlement, l'orthophoniste transmet la feuille de soins papier correspondante à l'organisme d'assurance maladie.

Dans tous les autres cas d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique, l'orthophoniste remet une feuille de soins sur support papiers au patient.

2.7.3. Dysfonctionnement lors de la transmission des feuilles de soins électroniques

En cas d'échec de la télétransmission d'une feuille de soins électronique, et selon les conditions décrites aux articles R. 161-47-I et R. 161-41 du code de la sécurité sociale, l'orthophoniste établit un duplicata sous forme papier de la feuille de soins électronique. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance et les références de la FSE non transmise (numéro de FSE et de lot).

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie sans dispense d'avance des frais consentie à l'assuré, l'orthophoniste signe le duplicata et le remet à l'assuré.

En cas de dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, l'orthophoniste adresse à la caisse gestionnaire de l'assuré un duplicata de feuille de soins signé par lui-même et si possible par l'assuré. A défaut de co-signature du duplicata par l'assuré, les caisses d'assurance maladie se réservent de faire attester par l'assuré la réalité des informations portées sur le duplicata.

Paragraphe 3. Aides à la télétransmission

3.1. Aide pérenne à la télétransmission

A compter de l'année 2006, les orthophonistes qui ont réalisé un taux de télétransmission de 70% bénéficient d'une aide pérenne à la télétransmission de 300 € Concernant les orthophonistes dont le taux de télétransmission se situe entre 65 % et 70 %, la commission paritaire départementale examinera les situations individuelles et, en fonction des motifs de non-atteinte du taux de 70 %, pourra décider à titre dérogatoire du versement de l'aide pérenne.

Cette aide est octroyée pour les feuilles de soins électroniques élaborées, émises par l'orthophoniste, et reçues par la caisse conformément aux spécifications SESAM Vitale. La télétransmission d'une feuille de soins non sécurisée ne peut pas faire l'objet de l'aide à la télétransmission.

Le taux de télétransmission est égal au ratio entre le nombre d'actes télétransmis et le nombre d'actes total établi selon les données du système national informationnel de l'assurance maladie. Le calcul s'effectue sur la période du 1er janvier au 31 décembre de l'année considérée ou, lorsque le professionnel a démarré la télétransmission au cours de l'année, à compter du 1er jour du mois qui suit la date de première feuille de soins sécurisée.

Les parties signataires conviennent de poursuivre leur effort d'accompagnement du développement de la télétransmission en mettant en oeuvre, par l'intermédiaire des commissions paritaires départementales, des actions pédagogiques d'information et de promotion sur le dispositif, tout en tenant compte des spécificités d'exercice individuel des orthophonistes. Elles conviennent de faire annuellement le bilan de ces actions en commission paritaire nationale.

3.2. Aide à la maintenance

En contrepartie de l'obligation de maintenance, une aide forfaitaire de 100 euros sera versée à la condition d'avoir transmis au moins une feuille de soins électronique sécurisée au cours de l'année considérée. L'aide à la maintenance est annuelle et pérenne.

3.3. Aide CPS

Les cartes de professionnel de santé sont prises en charge par les Caisses pour la durée de la convention ; il en va de même pour les «cartes des personnels d'établissements» (CPE) attribuées à leurs salariés dans la limite d'une carte par orthophoniste libéral conventionné.

3.4. Modalités de versement

Chaque aide est versée annuellement par les caisses d'assurance maladie, au mois de mars de chaque année au titre de l'année civile précédente.

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

Paragraphe 4. Commission technique paritaire nationale

Une commission technique paritaire nationale est instaurée près la CPN.

Les attributions de cette commission sont spécifiques aux orthophonistes dans le cadre de leurs engagements conventionnels de télétransmission SESAM-Vitale.

Elle est saisie de tout dysfonctionnement du système 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.

Elle peut formuler des propositions tendant à l'amélioration du système.

Article 15. Du suivi de l'activité individuelle des orthophonistes.

Conformément à l'article 22 §3 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 au §4 de l'article 8 de la convention.

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 à l'article 22 §3 de la convention. 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.

Article 16. De l'aide à l'installation des orthophonistes.

Afin de favoriser une meilleure répartition des orthophonistes sur le territoire, les parties signataires proposent, conformément à l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, de proposer au comité de gestion compétent du *FIQCS*, des projets de nature à apporter une aide à l'installation des orthophonistes dans les zones géographiques où les besoins en soins ne sont pas couverts. L'aide pourrait atteindre 10 000 euros par praticien.

TITRE IV

DE LA VALEUR DE LA LETTRE-CLE

DE LA FIXATION ET DE L'APPLICATION DES HONORAIRES

Article 17 : De la valeur de la lettre-clé

Les tarifs d'honoraires et frais accessoires ⁴correspondant aux soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés à l'annexe I ci-jointe de la présente convention.

Article 18. Du mode de fixation des honoraires

Paragraphe 1 : Fixation

L'orthophoniste établit ses honoraires conformément aux tarifs fixés à l'article 17 ci-dessus.

Paragraphe 2 : Dépassements

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 malade, 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. Le motif du dépassement est indiqué sur la feuille de soins (DE).

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 (DE).

Conformément à l'article 4 de la présente convention, l'orthophoniste ne peut, lorsqu'il utilise la procédure de dispense d'avance des frais, percevoir de dépassements d'honoraires.

Les parties signataires s'engagent à mettre en œuvre les moyens de contrôle nécessaires à l'appréciation du tact et de la mesure dans la fixation des dépassements et du bon usage de ceux-ci.

⁴ Par frais accessoires, on entend l'indemnité forfaitaire de déplacement (IFD) et l'indemnité kilométrique (IK).

TITRE V DES ORGANES DE CONCERTATION

Article 19 : De la commission paritaire nationale

Il est institué, entre les parties signataires, une commission paritaire nationale composée pour moitié:

- de représentants des caisses nationales d'assurance maladie désignés par celles-ci, qui constituent la section sociale ;
- de représentants de l'organisation syndicale nationale signataire de la présente convention, qui constituent la section professionnelle.

Paragraphe 1 : Composition

Membres titulaires

La section professionnelle comprend :

4 orthophonistes désignés par la Fédération Nationale des Orthophonistes.

Les représentants du syndicat national d'orthophonistes signataire sont désignés parmi ses adhérents placés sous le régime de la présente convention.

La section sociale comprend:

- 2 représentants de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés ;
- 1 représentant de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole ;
- 1 représentant de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes.

Membres suppléants

L'organisation syndicale nationale des orthophonistes signataire de la présente convention peut désigner un représentant suppléant. Il en est de même pour les caisses (à raison d'un membre suppléant par caisse).

Les membres suppléants siègent aux séances en l'absence d'un des représentants titulaires appartenant à l'organisation syndicale d'orthophonistes signataire de la présente convention ou au même organisme.

Membres consultatifs

Les représentants du contrôle médical des régimes d'assurance maladie assistent de droit aux séances de la commission paritaire nationale et aux sections de celle-ci.

Les membres de la commission peuvent se faire assister de conseillers techniques à raison de 3 au maximum par section.

Présidence

Chaque section élit un président choisi parmi ses membres.

Le président de la section sociale et celui de la section professionnelle assurent à tour de rôle, par période d'un an, la présidence de la commission paritaire nationale.

Lorsque la présidence de la commission paritaire nationale est assurée par le président d'une section, le président de l'autre section assure la vice-présidence.

Durée du mandat

Pour les représentants des caisses, la durée du mandat est celle d'un mandat d'administrateur de caisses.

Pour les orthophonistes, cette durée est fonction du mandat que leur a conféré le syndicat qu'ils représentent.

En cas de cessation de fonction de l'un des membres de la commission, la partie intéressée pourvoit à son remplacement dans le mois suivant cette cessation.

Indemnité de vacation

Les représentants de l'organisation syndicale signataire des orthophonistes, membres titulaires de la commission ou suppléant en l'absence du titulaire, ont droit, pour chaque commission, à une indemnité de vacation égale à 50 AMO et à une indemnité de déplacement dans les conditions prévues pour les administrateurs des caisses de sécurité sociale. Le montant de ces indemnités sera revu, le cas échéant, lors de la signature de l'accord cadre interprofessionnel.

Paragraphe 2: Du rôle de la commission

La commission paritaire nationale exerce les attributions qui lui sont dévolues par la convention.

La commission paritaire nationale veille au bon fonctionnement de la convention et, d'une façon générale, des rapports entre les orthophonistes et les caisses.

Elle adresse toutes les informations qu'elle estime utiles aux commissions paritaires départementales.

La commission recueille toutes informations sur les travaux des commissions paritaires départementales et reçoit chaque année un rapport sur leurs activités conformément à l'article 20 paragraphe 2 de la présente convention.

La commission est régulièrement informée de l'évolution des dépenses d'assurance maladie notamment celles relatives aux soins d'orthophonie.

Elle peut mener à cet effet tous travaux ou investigations qui lui paraissent nécessaires.

Elle étudie, à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires ou d'une commission paritaire départementale, tout problème d'ordre général soulevé par les rapports entre les orthophonistes et les caisses.

Elle met en place et suit les travaux du groupe de travail destiné à proposer les thèmes des recommandations de bonne pratique orthophonique.

Concernant la qualité des soins et l'optimisation médicalisée des dépenses, elle :

- soumet aux parties signataires les propositions de l'annexe tarifaire annuelle ;
- assure le suivi des engagements de régulation (Acbus, CBP, et éventuellement CSP) ;
- propose annuellement aux parties signataires les recommandations de bonne pratique en orthophonie ;
- examine les conditions des revalorisations tarifaires conformément à l'article 8 §5 de la présente convention ;
- suit 2 fois par an l'évolution des dépenses conformément à l'article 8 §1 de la présente convention ;
- donne, le cas échéant, un avis sur les litiges qui pourraient survenir dans les instances paritaires départementales au sujet de l'application de la présente convention, et étudie notamment, conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article 9 de la convention, les différends qui pourraient survenir dans la mise en œuvre au plan local, de la NGAP.

Elle veille, en cas de dysfonctionnement d'une commission paritaire départementale, au respect des règles conventionnelles dans cette circonscription.

Elle arrête annuellement la liste des thèmes de formation et agréé les actions conformément à l'annexe III de la présente convention relative à la formation continue conventionnelle.

Elle évalue la portée du dispositif conventionnel de régulation 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 par avenant à la convention nationale.

Paragraphe 3 : Du fonctionnement

La commission paritaire nationale se réunit à Paris sur convocation de son président au moins deux fois par an.

La réunion est de droit lorsqu'elle est demandée par le président ou le vice-président ; elle se tient dans un délai maximum de deux mois à partir de la demande.

Le secrétariat est assuré par un membre du personnel administratif de l'une des caisses nationales, après accord de la commission.

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres de la commission, au moins quinze jours avant la date de la réunion, accompagnées de l'ordre du jour et de la documentation nécessaire.

L'ordre du jour est établi par le secrétariat en liaison avec le président et le vice-président.

La commission ne peut délibérer valablement qu'à parité de ses membres présents ou représentés ; en outre, il est nécessaire que la moitié au moins d'entre eux assiste à la séance.

En cas d'absence, les membres de la commission peuvent, soit donner délégation de vote à un autre membre de la même section (dans ce cas, aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation), soit se faire représenter dans les conditions ci-dessus relatives aux membres suppléants.

Dans le cas où le quorum prévu au présent paragraphe ne serait pas atteint, la commission est convoquée à nouveau dans un délai maximum de quinze jours avec le même ordre du jour.

Aucune exigence de quorum n'est alors requise à condition que la commission demeure paritaire.

La commission se prononce à la majorité des voix. En cas de partage égal des voix et s'il n'est pas présenté de proposition transactionnelle, la décision est remise à une réunion ultérieure.

En cas de maintien du partage égal des voix lors de cette deuxième réunion, la commission constate l'absence d'accord, ne prend pas de décision. Dans ce cas, les avis demandés à la commission sont constitués par l'exposé des points de vue des deux sections.

Les délibérations de la commission paritaire nationale sont constatées par des relevés de décisions conservés au secrétariat et signés par le président. Ces relevés de décisions sont adressés à chaque membre titulaire de la commission.

Article 19 bis : Commissions paritaires régionales

Il est institué une commission paritaire dans chaque région, qui se réunit en tant que de besoin et au minimum une fois par an.

Celle-ci est composée pour moitié :

- de représentants des caisses d'assurance maladie, qui constituent la section sociale ;
- de représentants de l'organisation syndicale signataire de la convention, qui constituent la section professionnelle.

Paragraphe 1 : Composition

Membres titulaires

La section professionnelle comprend :

4 orthophonistes désignés par la Fédération nationale des orthophonistes.

Ces orthophonistes sont désignés par l'organisation syndicale régionale adhérent à la Fédération nationale des orthophonistes parmi ses adhérents placés sous le régime de la présente convention, exerçant à titre principal dans la région.

La section sociale comprend :

- 2 représentants du régime général d'assurance maladie ;
- 1 représentant de la mutualité sociale agricole ;
- 1 représentant du régime social des indépendants.

En cas de cessation de fonctions de l'un des membres de la commission, la partie intéressée pourvoit à son remplacement dans le mois suivant cette cessation.

Membres suppléants

L'organisation syndicale régionale adhérent à l'organisation syndicale nationale signataire de la présente convention peut désigner un représentant suppléant. Il en est de même pour les caisses (à raison d'un membre suppléant par caisse).

Les membres suppléants siègent aux séances en l'absence d'un des représentants titulaires appartenant à l'organisation syndicale régionale signataire ou au même organisme.

Membres consultatifs

Les membres de la commission peuvent se faire assister de conseillers techniques à raison de trois au maximum par section.

• Présidence

Chaque section élit un président choisi parmi ses membres.

Le président de la section sociale et celui de la section professionnelle assurent à tour de rôle, par période d'un an, la présidence de la commission paritaire régionale. La périodicité est celle de l'année civile.

Lorsque la présidence de la commission paritaire régionale est assurée par le président d'une section, le président de l'autre section assure la vice-présidence.

• **Indemnité de vacation**

Les représentants de l'organisation syndicale signataire des orthophonistes, membres titulaires de la commission ou suppléant en l'absence du titulaire, ont droit, pour chaque commission, à une indemnité de vacation égale à 50 AMO et à une indemnité de déplacement dans les conditions prévues pour les administrateurs des caisses de sécurité sociale.

Paragraphe 2 : Du rôle de la commission

La commission paritaire régionale exerce les attributions qui lui sont dévolues par la présente convention.

La commission paritaire est chargée notamment des missions suivantes :

- elle facilite l'application de la convention par une concertation permanente sur le plan régional entre les caisses et les représentants des orthophonistes. En cas de désaccord entre les parties, l'une ou l'autre peut soumettre le dossier à la commission paritaire nationale ;
- elle suit et évalue au niveau régional l'impact des mesures d'incitation à l'installation, notamment dans les zones "très sous-dotées". Au regard des résultats régionaux et des éventuelles difficultés rencontrées dans l'application des mesures de rééquilibrage de l'offre d'orthophonie libérale, la commission peut proposer des adaptations ;
- 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 suit 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 assure un suivi de la qualité des soins d'orthophoniste, 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 informe régulièrement la CPN de ses travaux.

La CPR adresse à la CPN au cours du dernier trimestre de chaque année un rapport sur ses activités de l'année en cours.

Paragraphe 3 : Du fonctionnement

La commission doit être mise en place six mois au plus tard après la date d'entrée en vigueur du présent avenant.

Lorsque le délai de six mois après la date d'entrée en vigueur de la présente convention est écoulé, le directeur en charge, dans la région, de la coordination de la gestion du risque désigne la caisse qui se substitue de plein droit dans les attributions de la commission paritaire régionale le temps que celle-ci se mette en place.

La commission paritaire régionale se réunit sur convocation de son président au moins une fois par an.

Le secrétariat de l'instance est assuré par la caisse désignée par le directeur coordonnateur de la gestion du risque.

Toutes les autres dispositions de l'article 20, paragraphe 3, portant sur le fonctionnement des CPD (convocation, quorum, vote, carence, procès-verbaux) sont applicables au fonctionnement des CPR.

Article 20 : Les commissions paritaires départementales

Il est institué dans chaque département, pour l'application de la présente convention, une commission paritaire départementale composée pour moitié :

- de représentants des organismes d'assurance maladie désignés par ceux-ci, qui constituent la section sociale;
- de représentants des orthophonistes exerçant dans le département ou la circonscription des caisses, désignés par l'organisation syndicale départementale ou régionale adhérant à l'organisation syndicale nationale signataire de la présente convention, qui constituent la section professionnelle.

Cette commission doit être mise en place deux mois au plus tard après la date d'entrée en vigueur de la convention.

Lorsque le délai de deux mois après la date d'entrée en vigueur de la présente convention est écoulé, les caisses se substituent de plein droit dans les attributions de la commission paritaire départementale le temps que celle-ci se mette en place.

Paragraphe 1 : Composition

• Membres titulaires

La section professionnelle comprend:

4 orthophonistes désignés par la Fédération Nationale des Orthophonistes.

Ces orthophonistes sont désignés par l'organisation syndicale régionale adhérant à la Fédération nationale des orthophonistes parmi ses adhérents placés sous le

régime de la présente convention, exerçant à titre principal dans le département concerné.

La section sociale comprend :

- 2 représentants de la (ou des) caisse(s) primaires d'assurance maladie du département;
- 1 représentant de la caisse de mutualité sociale agricole ;
- 1 représentant de la caisse du régime social des indépendants.

• Membres suppléants

L'organisation syndicale régionale adhérent à l'organisation syndicale nationale signataire de la présente convention peut désigner un représentant suppléant. Il en est de même pour les caisses (à raison d'un membre suppléant par caisse).

Les membres suppléants siègent aux séances en l'absence d'un des représentants titulaires appartenant à l'organisation syndicale régionale signataire ou au même organisme.

• Membres consultatifs

Les représentants du contrôle médical des régimes de l'assurance maladie assistent de droit aux séances de la commission paritaire départementale et aux sections de celles-ci.

Les membres de la commission peuvent se faire assister de conseillers techniques à raison de trois au maximum par section.

• Présidence

Chaque section (professionnelle et sociale) élit un président choisi parmi ses membres.

Le président de la section sociale et celui de la section professionnelle assurent à tour de rôle, par période d'un an, la présidence de la commission paritaire départementale.

Lorsque la présidence de la commission paritaire départementale est assurée par le président d'une section, le président de l'autre section assure la vice-présidence.

• Durée du mandat

Pour les représentants des caisses, la durée du mandat est celle d'un mandat d'administrateur de caisse.

Pour les orthophonistes, cette durée est fonction du mandat que leur a conféré le syndicat qu'ils représentent.

En cas de cessation de fonction de l'un des membres de la commission, la partie intéressée pourvoit à son remplacement dans le délai d'un mois suivant cette cessation.

• Indemnité de vacation

Les représentants locaux de l'organisation syndicale signataire des orthophonistes, membres titulaires de la commission ou suppléant en l'absence du titulaire, ont droit pour chaque commission à une indemnité de vacation égale à 50 AMO et à une indemnité de déplacement dans les conditions prévues pour les administrateurs des Caisses de Sécurité Sociale. Le montant de ces indemnités sera revu, le cas échéant, lors de la signature de l'accord cadre interprofessionnel.

Paragraphe 2 : Rôle de la Commission

La commission paritaire départementale exerce les attributions qui lui sont dévolues par la présente convention.

Dispositions générales

La commission paritaire départementale 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 les dépenses d'assurance maladie que lui présentent les Caisses, pour leur circonscription, notamment celles relatives aux soins dispensés par les auxiliaires médicaux, dont les orthophonistes.

Elle étudie toutes autres statistiques concernant les soins ambulatoires et hospitaliers dont les Caisses disposent ; elle peut à ce sujet, effectuer tous travaux ou investigations qui lui sembleraient nécessaires.

Elle étudie également les conséquences éventuelles de l'application des dispositions relatives à la dispense d'avance des frais ou à tout procédé de tiers-payant sur la consommation de soins d'orthophonie.

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.

Elle rend compte périodiquement de ses travaux à la commission paritaire nationale et lui transmet toutes études et propositions 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.

-Concernant la qualité des soins d'orthophonie et l'optimisation médicalisée des dépenses

Elle assure au moins 2 fois par an le suivi de l'évolution des dépenses d'actes d'orthophonie dans sa circonscription.

Elle met en place notamment :

- des actions d'information auprès des assurés ou des professionnels ;
- des actions de sensibilisation ponctuelles auprès des orthophonistes ne respectant pas leurs engagements professionnels ou conventionnels et notamment la NGAP, sans préjudice de la mise en œuvre des mesures prévues aux articles 21 et 22 de la présente convention..

Elle suit, au moins une fois par an, l'activité individuelle des professionnels de sa circonscription conformément à l'article 8 de la présente convention.

Elle est informée des résultats du suivi des recommandations nationales de bonne pratique en orthophonie et des engagements de qualité des soins d'orthophonie et d'optimisation médicalisée des dépenses (Acbus) et de suivi individuel (CBP et éventuellement CSP).

Elle dresse annuellement un bilan de ce suivi qu'elle adresse à la commission paritaire nationale.

Elle peut proposer des thèmes de recommandations d'orthophonie à la commission paritaire nationale ou travailler sur des thèmes de nature économique, médicale, ou sociale qu'elle juge nécessaire de développer.

-Non-respect des dispositions conventionnelles

La commission paritaire départementale connaît des réclamations relatives au non-respect des dispositions conventionnelles dans les conditions prévues à l'article 22 paragraphe 1 et 3 de la présente convention et selon la procédure qui lui est propre.

Paragraphe 3 : Du fonctionnement

La commission se réunit au siège de la caisse primaire ou en tout autre lieu qu'elle choisit à cet effet.

Le secrétariat est assuré par un membre du personnel administratif de l'une des Caisses, après accord de la commission.

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres de la commission, au moins quinze jours avant la date de la réunion, accompagnées de l'ordre du jour et de la documentation nécessaire.

L'ordre du jour est établi en accord avec le président et le vice-président.

La commission se réunit autant que de besoin et au moins 2 fois par an.

La réunion est de droit lorsqu'elle est demandée par le président ou le vice-président.

La commission ne peut délibérer valablement qu'à parité de ses membres présents ou représentés ; en outre, il est nécessaire que la moitié au moins d'entre eux assiste à la séance.

En cas d'absence, les membres de la commission peuvent, soit donner délégation de vote à un autre membre de la même section (dans ce cas, aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation), soit se faire représenter dans les conditions relatives aux suppléants prévues au présent article.

Dans le cas où le quorum prévu au présent article ne serait pas atteint, la commission est convoquée à nouveau dans un délai de quinze jours avec le même ordre du jour.

Aucune exigence de quorum n'est alors requise à condition que la commission demeure paritaire.

La commission se prononce à la majorité des voix. En cas de partage égal des voix et s'il n'est pas présenté de proposition transactionnelle, la décision est remise à une réunion ultérieure dans un délai maximum de 15 jours.

En cas de dysfonctionnement de la commission, un constat de carence est dressé par le secrétariat de l'instance ; le constat est adressé simultanément au secrétariat de la commission paritaire nationale et aux représentants des parties signataires.

Les partenaires définissent comme suivent les dysfonctionnements pouvant produire une situation de carence :

- non tenue de réunion résultant de l'incapacité répétée des sections de l'instance, soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun, du fait de l'une ou l'autre section de l'instance ;
- refus, par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour nécessitant délibération et pour lequel les documents ont été adressés dans le délai fixé au présent paragraphe ;
- absence de décision relative au non-respect des dispositions conventionnelles par un professionnel.

Si aucune solution transactionnelle n'est intervenue dans le mois suivant le constat, le secrétariat établit la situation de carence et en informe la commission paritaire nationale. En tout état de cause, les caisses gestionnaires des dossiers soumis à l'examen de la commission paritaire départementale exercent leurs propres attributions ; elles peuvent poursuivre leurs actions et prendre les mesures définies à l'article 21 de la convention.

Les délibérations de la commission paritaire départementale sont constatées par des procès-verbaux conservés au secrétariat. Chaque procès-verbal de réunion est approuvé et signé par le président et le vice-président lors de la réunion suivante.

Lesdits procès-verbaux sont adressés à chaque membre titulaire de la commission, ainsi qu'au secrétariat de la commission paritaire nationale.

TITRE VI DU NON-RESPECT DES REGLES CONVENTIONNELLES

Article 21. Mesures encourues

Lorsqu'un orthophoniste ne respecte pas les dispositions de la présente convention, il peut, après mise en œuvre des procédures prévues au présent titre, encourir une ou plusieurs des mesures suivantes :

- suspension du conventionnement, avec ou sans sursis :

Les suspensions de conventionnement sont de 1, 2, 3, 6, 9 mois ou 12 mois, suivant l'importance des griefs.

Toute suspension du conventionnement égale ou supérieure à 3 mois entraîne la suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales de l'orthophoniste pour une durée égale à celle de la mise hors convention.

- décision de déconventionnement (pour la durée de la convention) prononcée dans des cas exceptionnels,
- suspension de tout ou partie de la participation des caisses, au financement des cotisations sociales du professionnel.

La suspension de tout ou partie de la participation des caisses au financement des cotisations est de 3, 6, 9 ou 12 mois.

- interdiction temporaire ou définitive de pratiquer le DE en cas d'abus répétés dûment constatés.

Les interdictions temporaires de pratiquer le DE sont de 3, 6, 9 ou 12 mois, suivant l'importance des griefs.

- 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.

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.

Article 22: Du non-respect des dispositions conventionnelles

• **Paragraphe 1** : En cas de non-respect des dispositions conventionnelles, (à l'exception des dispositions spécifiques des paragraphes 2 et 3 du présent article), et notamment de fausses déclarations, de non-respect répété des dispositions de la nomenclature, de l'utilisation abusive du DE par un orthophoniste, les caisses ou les représentants du syndicat national signataire représenté à la commission paritaire départementale peuvent saisir cette dernière.

Les caisses ou le syndicat transmettent alors le relevé de leurs constatations à la commission paritaire départementale. Dans le délai de 1 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 aux caisses pour mise en application des dispositions de l'article 21 de la présente convention.

Dans le cadre de la mise en garde, si après une nouvelle période de deux mois, à l'issue des délais précédents, les caisses constatent que l'orthophoniste persiste dans son attitude, elles peuvent après information de la commission paritaire départementale, lui appliquer une des mesures prévues à l'article 21 de la présente convention.

La carence de la commission paritaire départementale concernant l'examen des dossiers ou l'absence de décision relative au non-respect des dispositions conventionnelles par un professionnel, n'empêche pas les caisses de poursuivre leurs actions.

• **Paragraphe 2** : Du non-respect des tarifs opposables, des règles de remplissage des feuilles de soins et imprimés en vigueur, de l'obligation de transmission électronique

Les caisses peuvent appliquer les mesures prévues à l'article 21 de la présente convention à l'encontre de tout orthophoniste n'ayant pas respecté les tarifs opposables, et /ou les règles de remplissage des feuilles de soins et imprimés en vigueur.

Les caisses peuvent également appliquer les mesures prévues à l'article 21 en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique à l'assurance maladie, posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations.

Dans les cas énumérés ci-dessus, les caisses doivent au préalable communiquer leurs constatations au professionnel concerné qui dispose d'un délai de 1 mois pour présenter ses observations éventuelles ou être entendu à sa demande par les directeurs de caisses ou leurs représentants ; l'orthophoniste peut se faire assister par un orthophoniste de son choix.

Les caisses en informent simultanément le syndicat professionnel, représenté dans les instances conventionnelles, qui peut donner son avis dans le même délai. Les caisses notifient leur décision à l'orthophoniste concerné dans un délai de 15 jours suivant l'expiration du délai d'un mois.

• **Paragraphe 3** : Procédure d'examen de l'activité individuelle

Dans le cadre du suivi de l'activité individuelle, telle que décrite au § 3 de l'article 8 de la présente convention, 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 (40 000 AMO et plus)
- le nombre de clients (moyenne départementale plus deux écarts-types)
- le nombre de clients (moyenne départementale moins deux écarts-types)
- le nombre d'actes par client (moyenne départementale plus deux écarts-types)
- le pourcentage de clients de plus de 70 ans (moyenne départementale plus deux écarts-types)
- le pourcentage de clients exonérés du ticket modérateur (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 au § 3 de l'article 8 de la présente convention, 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 24 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 6, 9, ou 12 mois de la participation des caisses au financement des cotisations sociales de l'orthophoniste.

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.

Article 23. Condamnation par la section des assurances sociales de l'Ordre des médecins ou les tribunaux

Lorsqu'un orthophoniste se voit infliger par la section des assurances sociales de l'Ordre des médecins, une peine devenue définitive d'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux ou d'interdiction d'exercice, les caisses lui notifient, par lettre recommandée avec avis de réception, leur décision de ne plus placer leurs rapports sous le régime de la présente convention, pour la même période.

En cas de condamnation définitive, par les tribunaux ou la section des assurances sociales du conseil de l'Ordre, d'un orthophoniste pour faute, fraude, abus ou escroquerie dans son exercice ou dans ses rapports professionnels avec la sécurité sociale, et lorsque ces faits constituent en outre une infraction aux règles conventionnelles, les caisses peuvent entamer à l'encontre du professionnel concerné la procédure prévue à l'article 22 § 2 de la présente convention.

Article 24. Des dispositions communes

Les décisions prises en application de l'article 22 de la présente convention s'appliquent 1 mois après leur notification au professionnel par la caisse primaire du lieu d'exercice principal de ce dernier.

Cette notification s'effectue par lettre recommandée avec accusé de réception comportant la mention des voies de recours.

Elles sont portées dans le même temps à la connaissance de la commission paritaire départementale.

Toute décision peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif.

TITRE VII DES SERVICES INSTITUTIONNELS DE SOINS

Article 25.

Les Caisses expriment leur volonté de s'abstenir, pendant la durée de la convention, de toute action tendant à un développement des organismes de distribution de soins d'orthophonie pouvant être considérés par les orthophonistes comme étant susceptibles de nuire à l'exercice libéral de leur profession dans le cadre du régime conventionnel.

A cette fin, les Caisses s'engagent à ne pas créer de centres de soins d'orthophonie dans un centre de soins et à ne pas participer à leur création par le moyen de subventions ou de prêts versés à des tiers (exception faite du secteur public) sauf accord préalable du syndicat visé à l'article 20 de la présente convention.

Toutefois, les centres existants pourront recevoir des prêts des Caisses, afin de maintenir leur valeur technique au niveau nécessaire pour que soit garantie la qualité des soins donnés par ces établissements.

De son côté, le syndicat signataire de la présente convention s'engage à ne pas systématiquement se prévaloir de la présente clause et à étudier les conditions sanitaires et sociales particulières qui justifieraient une exception aux dispositions du deuxième alinéa du présent article.

Afin d'éviter des hospitalisations ou des placements en institution, les Caisses prendront toutes dispositions utiles pour favoriser la participation des orthophonistes libéraux conventionnés au fonctionnement des services de soins à domicile ou des services de soins et d'éducation spécialisés à domicile dans le respect des règles en vigueur.

Dans le même esprit, elles étudieront les conditions d'une clarification et d'une optimisation de la prise en charge par l'Assurance Maladie des interventions concomitantes, complémentaires, des orthophonistes exerçant sous l'empire de la présente convention et des établissements distribuant des soins ambulatoires, notamment les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

A cet effet, elles constitueront un groupe de travail avec les différentes parties intéressées.

TITRE VIII

DES DISPOSITIONS SOCIALES ET FISCALES

Article 26. De l'assurance maladie

Au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, les orthophonistes libéraux conventionnés doivent une cotisation prévue à l'article L.722-4 du Code de la sécurité sociale.

La participation des caisses est assise sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires. Cette participation correspond à 9,7 % de ce montant.

Article 27. De l'assurance vieillesse

Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse, la participation des caisses au financement de la cotisation 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 prévue à l'article L. 645-3 du code de la sécurité sociale, et due par les orthophonistes libéraux 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.

La participation de l'assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement, sur leur appel, par :

- la CPAM du lieu d'installation de l'orthophoniste libéral pour la cotisation due au titre du régime d'assurance maladie, maternité et décès ;
- chacun des organismes participant au financement pour la cotisation due au titre du régime des avantages complémentaires vieillesse.

Le montant annuel de la participation des caisses aux cotisations sociales des orthophonistes libéraux est réparti entre les régimes d'assurance maladie selon les clefs fixées par arrêté interministériel pour les répartitions de la contribution prévue à l'article L.138-1 du code de la sécurité sociale et des remises prévues à l'article L.162-18 du code de la sécurité sociale.

Article 28. De la fiscalité

Les Caisses s'engagent à communiquer, chaque année, aux orthophonistes, conformément à l'article L 97 du Code des procédures fiscales, le montant des honoraires qu'elles sont tenues de déclarer à l'Administration fiscale et cela, dans toute la mesure du possible, avant le 31 janvier.

Article 29. De la formation continue

Les parties signataires rappellent l'intérêt commun qu'elles attachent au développement de la formation continue. Elles conviennent qu'il est de leur attribution de définir et de promouvoir les thèmes d'actions de formation continue qu'elles souhaitent soutenir dans le cadre conventionnel.

Les modalités de gestion et d'application sont fixées en annexe III de la présente convention.

Les caisses nationales, chacune en ce qui la concerne, participent au financement de la formation continue des orthophonistes placés sous le régime de la présente convention (à l'exclusion des orthophonistes salariés dont la formation continue est prise en charge par leur employeur) par le versement d'une subvention à un organisme gestionnaire, selon des modalités et conditions à fixer en commun.

Les parties signataires préconisent la diffusion auprès des médecins prescripteurs des recommandations de la *HAS* relatives à la prescription des soins d'orthophonie. Elles en saisiront donc les parties signataires de la ou des conventions nationales avec les médecins prescripteurs.

Elles proposent également le développement d'actions d'information et de formation commune qui associent médecins prescripteurs et orthophonistes, en sorte de favoriser la coordination entre ces deux professions qui concourent ensemble à la prise en charge des patients.

TITRE IX

DE LA PREVENTION ET DE L'EDUCATION SANITAIRE

Article 30. De la prévention

Les parties signataires rappellent que la prévention est un élément essentiel de la politique de santé. Elles estiment nécessaire 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 au niveau local définissant les objectifs et l'évaluation de leurs résultats.

Article 31. De l'éducation sanitaire

Les parties signataires favorisent la diffusion vers les orthophonistes libéraux et les assurés des informations en vue d'une meilleure utilisation du système de soins. Celle-ci porte notamment sur l'évolution des dépenses d'Assurance Maladie.

TITRE X DE LA DUREE ET DES CONDITIONS D'APPLICATION DE LA CONVENTION

Article 32. De la durée de la convention

La présente convention est conclue pour une période de quatre ans renouvelable par tacite reconduction par période de même durée sauf dénonciation trois mois au moins avant sa date d'échéance.

La dénonciation peut être faite, soit par décision conjointe de deux Caisses Nationales dont la CNAMTS, soit par décision de l'organisation syndicale signataire, par lettre recommandée avec accusé de réception.

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 33. De l'information et du délai d'option

Paragraphe 1 :

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie du régime général, agissant pour le compte de tous les organismes relevant des Caisses Nationales signataires, adressent à chaque orthophoniste entrant dans le champ d'application de la convention, dont le lieu d'exercice professionnel est situé dans leur circonscription, le texte de la présente convention nationale, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Paragraphe 2 :

Dans le délai d'un mois suivant la notification à chaque orthophoniste du texte de la convention ou la date de son installation, tout orthophoniste peut notifier à la Caisse Primaire de son lieu d'exercice professionnel qu'il n'entend pas exercer sous le régime de la présente convention. La Caisse Primaire en informe les Caisses des autres régimes.

Cette option est valable pour l'ensemble des régimes gérés par les Caisses Nationales signataires et pour la durée de la convention.

Article 34. De la résiliation de la convention

La présente convention peut être résiliée, soit par une décision conjointe des Caisses Nationales d'Assurance Maladie signataires, soit par décision de l'organisation syndicale signataire, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception:

- pour non-respect grave et répété des engagements conventionnels du fait de l'une des deux parties ;
- en cas de modifications législatives ou réglementaires, mettant en cause les principes fondamentaux qui gouvernent l'exercice de la profession d'orthophoniste dans ses rapports avec les régimes d'assurance maladie, ou de modifications des mesures tendant à inciter les orthophonistes à exercer sous le régime de la présente convention.

La résiliation ne prend effet qu'à l'échéance d'un préavis de deux mois à compter de l'envoi de la lettre recommandée.

ANNEXE I

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

DEPARTEMENTS METROPOLITAINS

DESIGNATION	VALEUR ACTUELLE (en euros)
AMO	2,50
IFD	2.50
Indemnité Kilométrique	
. Plaine	0,24
. Montagne	0,37
. A pied - A ski	1,07

DEPARTEMENTS D'OUTRE-MER

DESIGNATION	VALEUR ACTUELLE (en euros)
AMO	2,62
IFD	2.50
Indemnité Kilométrique	
. Plaine	0,27
. Montagne	0,40
. A pied - A ski	1,07

ANNEXE II

PROCEDURE DE DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS

Article 1er.

La procédure de dispense d'avance des frais telle que prévue à l'article 4 de la Convention Nationale s'applique dans les conditions définies ci-après.

Article 2.

La dispense d'avance des frais ne s'entend que pour les dépenses relevant du risque maladie, tel qu'il est défini aux articles L.321-1 du Code de la sécurité sociale, L.615-14 du même code et 1038 du Code rural.

Tout assuré remplissant les conditions prévues à l'article 4 précité de la Convention Nationale, porteur d'une ordonnance comportant prescription de soins d'orthophonie peut, sur présentation de sa carte d'assuré social, bénéficier de la dispense d'avance des frais.

En cas d'erreur de transmission du dossier, la Caisse retourne celui-ci à l'orthophoniste en lui indiquant l'organisme compétent auquel il doit l'adresser.

Article 3.

Paragraphe 1 : Absence d'ouverture des droits

Dans le cas où l'orthophoniste constate au vu du document remis par l'assuré (article 2 paragraphe 2) que l'intéressé n'ouvre pas droit aux prestations, il doit refuser l'application de la procédure de dispense d'avance des frais.

Il en est de même lorsque l'assuré ne peut présenter les justifications requises selon le régime auquel il appartient.

Si en cas d'absence d'ouverture des droits, il était fait application des dispositions de la présente annexe, la Caisse devrait en aviser l'orthophoniste et l'assuré ; elle devrait retourner le dossier concerné à l'auxiliaire médical pour lui permettre de récupérer ses honoraires auprès de l'assuré.

Paragraphe 2 : Absence d'exonération du ticket modérateur

Lorsque l'orthophoniste a appliqué l'exonération du ticket modérateur à tort - la caisse constatant lors de la liquidation, que l'assuré n'est pas exonéré - celle-ci règle la part due par l'assurance maladie à l'orthophoniste. Le recouvrement de la participation de l'assuré est laissé à la diligence de l'orthophoniste.

Article 4.

En cas de manquements répétés aux dispositions prévues à l'article 3 paragraphe 1 et en cas d'erreurs fréquentes et caractérisées de tarification des soins sur les feuilles de soins, ou d'utilisation systématique de la dispense d'avance des frais, la Caisse adresse à l'orthophoniste une mise en demeure et en informe la commission paritaire départementale.

L'orthophoniste, ainsi mis en demeure, a la possibilité de fournir toute explication qu'il juge utile.

Si, par la suite, de tels manquements sont de nouveau constatés, la Caisse peut décider de ne plus faire bénéficier l'orthophoniste en cause des présentes dispositions pour une durée de six mois, un an ou toute la durée de la convention. Cette décision est transmise pour information à la commission paritaire départementale et prend effet un mois après la date de notification.

Article 5.

Les modalités pratiques de règlement des dossiers faisant l'objet d'une dispense d'avance des frais sont définies au niveau local entre les Caisses d'Assurance Maladie et les syndicats départementaux ou régionaux d'orthophonistes visés à l'article 20 de la présente convention.

Le délai de règlement des dossiers ne doit pas excéder un mois.

ANNEXE III

DE LA FORMATION CONTINUE CONVENTIONNELLE

Les parties signataires décident d'organiser les modalités de gestion et de financement de la formation continue conventionnelle des orthophonistes libéraux exerçant dans le cadre de la convention.

Elles rappellent que la formation continue conventionnelle doit participer, pour les professionnels conventionnés qui le souhaitent, à l'entretien des connaissances et/ou à l'adaptation aux nouvelles pratiques de soins. Ainsi, la formation continue conventionnelle est une partie de la formation à laquelle peuvent accéder tous les professionnels.

Section I : Des objectifs de la formation continue conventionnelle

Les parties signataires conviennent qu'il est de leur responsabilité de définir les orientations et thèmes d'actions de la formation continue qu'elles soutiennent dans le cadre conventionnel.

Article 1. Du choix des thèmes de formation

La commission paritaire nationale arrête annuellement la liste des thèmes d'actions de formation qu'elle entend promouvoir pour l'année suivante. L'ensemble de ces thèmes constitue le programme annuel de formation continue conventionnelle.

Les parties signataires mandatent l'organisme gestionnaire pour assurer la diffusion de ce programme auprès des organismes compétents en matière de formation continue.

Article 2. Du choix des actions

Pour la réalisation de ce programme annuel de formation, les parties signataires confient à l'organisme gestionnaire, la charge du lancement d'un appel d'offres auprès des organismes de formation continue.

Le cahier des charges relatif à cet appel d'offres est élaboré conjointement.

A cet effet, est créée auprès de l'organisme gestionnaire, une commission des marchés constituée paritairement de huit représentants des parties signataires de la convention, assistés du responsable de l'organisme gestionnaire ou de son représentant.

La commission paritaire nationale examine les actions de formation que lui propose la commission des marchés et agréé les actions de formation pouvant être mises en œuvre par les organismes de formation, dans la limite de la dotation

attribuée annuellement par les Caisses Nationales d'assurance maladie et définie à l'article 3 de la présente annexe

La commission paritaire nationale est également chargée de fixer les conditions et les modalités de suivi et d'évaluation des actions de formation. Pour mener à bien cette mission, la commission est assistée du responsable de l'organisme gestionnaire ou de son représentant.

Section II : Du financement

Article 3. De la subvention des Caisses Nationales

En application de l'article 29 de la convention nationale, le financement de la formation continue est effectué par les Caisses Nationales sous forme d'une subvention annuelle versée directement à l'organisme gestionnaire.

A cet effet, une convention de financement est conclue entre les Caisses Nationales et l'organisme gestionnaire pour la durée de la convention.

Cette dotation, dont le montant est fixé forfaitairement, est destinée à financer, au cours de chaque année civile, les actions de formation titulaires de l'agrément conventionnel, dans les conditions prévues par ladite convention.

Section III : De l'indemnisation de la formation

Les parties signataires souhaitent faciliter l'accès des orthophonistes libéraux à la formation continue conventionnelle en permettant le versement, à leur profit, d'une indemnité de formation, compensatrice de perte de ressources.

Article 4. Du champ d'application

Les orthophonistes reçoivent une indemnité quotidienne pour perte de ressources, sous réserve de remplir les conditions suivantes :

- exercer sous le régime de la présente convention dans le cadre libéral ;
- suivre, dans son intégralité, une action de formation, titulaire de l'agrément conventionnel visé à la section I ci-dessus, et d'une durée au moins égale à deux journées ouvrables consécutives ;
- ne pas avoir exercé ni s'être fait remplacer durant la période effective de la formation.

Article 5. Du montant de l'indemnisation

Montant de l'indemnité quotidienne

Le montant de l'indemnité pour perte de ressources est fixé à 90 AMO par jour. Il est versé à chaque stagiaire dans la limite de la dotation globale.

Cette indemnité est calculée au prorata de la durée des stages de formation suivis, dans la limite de six journées par année civile.

La participation des caisses au financement de ces indemnités est fixée forfaitairement par les caisses nationales d'assurance maladie.

Article 6 : Des modalités de versement de l'indemnité de formation

L'indemnité quotidienne est versée à chaque orthophoniste dans les conditions et suivant les modalités définies par le protocole de financement.

ANNEXE IV
DE L'ARCHITECTURE REDACTIONNELLE DES COMPTE RENDUS
DE BILANS ORTHOPHONIQUES

Préambule

Considérant

- l'article 2 du décret n°2002-721 du 02 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à la profession d'orthophoniste, et
- les articles L. 1110-4 et L. 1111-2 de la Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,
et conformément à leurs engagements respectifs inscrits dans l'avenant conventionnel du 13 mars 2002 relatifs aux mesures destinées à « favoriser la qualité des pratiques de prescription et de réalisation des soins d'orthophonie par une meilleure coordination entre prescripteurs et orthophonistes », 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.

Enfin, il est utile de rappeler que la responsabilité civile sur les conséquences médicales des actes et soins pratiqués par des professionnels de santé est trentenaire. Le compte rendu du bilan orthophonique peut constituer un élément de preuve à décharge de l'orthophoniste qui aura mis en œuvre, lors du bilan, les moyens conformes aux données acquises de la science, à la date de sa réalisation.

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 V - ACTE D'ADHESION DE L'ORTHOPHONISTE AU
CONTRAT DE BONNE PRATIQUE 2003**

**CONTRAT DE BONNE PRATIQUE
2003**

Acte d'adhésion de l'orthophoniste

*A remplir par l'orthophoniste qui l'adresse en deux exemplaires à la C.P.A.M. du lieu de son
exercice principal qui lui en retourne un exemplaire*

Identification de l'orthophoniste

Je, soussigné(e), NOM

Prénom

numéro d'identification (*qui figure également sur mes feuilles de soins*),

adresse de mon lieu d'exercice principal,

déclare adhérer au contrat de bonne pratique instauré par la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les orthophonistes et les caisses nationales d'assurance maladie et en respecter les dispositions.

Cachet de l'orthophoniste

Date

Signature de l'orthophoniste

Accusé de réception de la caisse

- Adhésion enregistrée le _____ à effet du _____
- Adhésion non enregistrée et motif _____

Cachet de la C.P.A.M.

Date