



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

COMMISSION PARITAIRE DÉPARTEMENTALE DES ORTHOPHONISTES

Le vendredi 13 février 2026

CPAM de la Sarthe

19/05/2026

LES PRÉSENTS

Etaient présentes pour la section sociale :

Section sociale				
	TITULAIRES		SUPPLEANTS	
CPAM	Mme	POILVILAIN Véronique		
	Mme	DUFOUR Marie-Christine		
			M.	ROCHOIS Pascal
	<i>Conseiller technique : M. DUBOIS Roger, Mme DENOUAL Claire et Mme LEMOINE Antonina</i>			
La Direction Médicale de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie : Dr DA FONSECA LOPES Eusebio				

Excusée : Mme SOUTY-FOUCAULT Nathalie

Etaient présents pour la section professionnelle :

Section professionnelle		
	TITULAIRES	
SROPL	Mme	CHASTAING Nathalie
	M.	HENRY Gaël
	Mme	DREUX Suzon
	Mme	SUAUD Hélène

1.
GESTION DE LA COMMISSION

2.
VIE CONVENTIONNELLE

3.
ACTIVITÉ DES ORTHOPHONISTES

4.
PREVENTION

5.
E-SANTE

6.
POINTS COMPLEMENTAIRES ET QUESTIONS

7.
CALENDRIER DES COMMISSIONS

1.

GESTION DE LA COMMISSION

1.0

APPROBATION DU RELEVÉ DE DÉCISIONS

APPROBATION RELEVÉ DE DÉCISIONS

Le compte rendu de la réunion ~~suivante~~ est soumis à l'approbation des membres présents :
Commission du vendredi 12 septembre 2025

Le relevé de décisions est approuvé à l'unanimité par les membres présents

1.1

COMPOSITION DE LA COMMISSION

COMPOSITION DE LA SECTION PROFESSIONNELLE

La composition de la section professionnelle est la suivante :

Section professionnelle				
	TITULAIRES		SUPPLEANTS	
SROPL	Mme	CHASTAING Nathalie	Mme	BARRIER Céline
	M.	HENRY Gaël	Mme	BENARD Elsa
	Mme	DREUX Suzon	Mme	CHAILLEU Sandra
	Mme	SUAUD Hélène	Mme	LOCHET Véronique

COMPOSITION DE LA SECTION SOCIALE

La composition de la section sociale est la suivante :

	TITULAIRES		SUPPLEANTS	
CPAM 72	Mme	POILVILAIN Véronique	Mme	FOUCAULT Lydie
	Mme	DUFOUR Marie-Christine	Mme	BARRAULT Martine
	Mme	PECHILLON Sophie	M.	ROCHOIS Pascal
	<i>Conseiller technique : M. DUBOIS Roger, Mme DENOUAL Claire et Mme LEMOINE Antonina</i>			
MSA 53-61-72	Mme	SOUTY-FOUCAULT Nathalie	Mme	TESSIER Marie-Claude
	<i>Conseillers techniques : non désigné</i>			
Sont invités à participer à titre consultatif :				
<ul style="list-style-type: none"> - Le Directeur de chaque organisme (ou leurs représentants) - Caisse Primaire d'Assurance Maladie : Dr DA FONSECA LOPES Eusebio 				

1.2

ALTERNANCE PRESIDENCE/
VICE PRESIDENCE

POINT PRÉSIDENTE ET VICE-PRÉSIDENTE

Aux termes de l'article 1.3 de l'annexe 14 de la Convention nationale des Orthophonistes, la section professionnelle et la section sociale élisent chacune un président choisi parmi leurs membres.

Le président de la section professionnelle et le président de la section sociale assurent, à tour de rôle par période d'un an, la présidence et la vice-présidence de la Commission Paritaire Départementale.

**Dans le cadre de ces dispositions, pour l'année 2026,
la Présidence de la commission est assurée
par ...
et la vice-Présidence
par ...**

Pour rappel : pour l'année 2025, la Présidence de la commission était assurée par Madame Sophie Pechillon de la section sociale et la vice-Présidence par Madame Nathalie Chastaing de la section professionnelle.

SYNTHÈSE DES ÉCHANGES

Composition de la Commission

La section sociale notifie aucun changement dans la composition de la section professionnelle et la section sociale.

La section professionnelle informe d'une élection au sein du syndicat fin mars, qui engendrera des éventuelles modifications de la composition à la prochaine Commission.

La section sociale informe les orthophonistes que depuis le 1^{er} octobre 2025, les salariés du service médical local sont intégrés aux caisses primaires : le service médical n'est désormais plus autonome et fonctionne comme un service interne, avec un Directeur Médical rattaché directement à la Caisse. Les missions restent inchangées, mais l'organisation évolue pour améliorer l'efficacité et rapprocher les équipes. Cette réforme met fin à l'ancien fonctionnement en deux réseaux distincts (caisses primaires et service médical), auparavant reliés seulement au niveau national via le Médecin Chef dépendant de la CNAM. L'objectif est une organisation plus homogène et surtout départementale, afin d'optimiser l'action commune sur le territoire.

Alternance Présidence et Vice-présidence

La section sociale rappelle les règles de Présidence et de Vice-présidence de la Convention Nationale des Orthophonistes (article 1.3 de l'annexe 14), fondées sur une alternance annuelle entre la section professionnelle et La section sociale. Après une présidence assurée par la section sociale, la présidence revient à la section professionnelle en 2026, **Madame Dreux Suzon** est par conséquent désignée présidente de la Commission Paritaire 2026 au nom de la section professionnelle, et **Madame Péchillon Sophie** est nommée vice-présidente pour la section sociale.

2.

VIE CONVENTIONNELLE



2.0

CONVENTIONNEMENT ORTHOPHONISTES / CMP

CONVENTIONNEMENT ORTHOPHONISTES / CMP

L'avenant n°19 à la convention nationale des orthophonistes (février 2023) permet la facturation en ville d'actes d'orthophonie prescrits pour des patients suivis par des établissements publics de santé en centre médico-psychologique (CMP).

À la suite de cette évolution, la CNAM, via les caisses primaires, a rappelé la réglementation en vigueur, selon laquelle les soins réalisés en ville pour un motif identique à la prise en charge en CMP sont financés par les dotations de l'établissement de psychiatrie, et non remboursés en ville.

Dans ce cadre, la CNAM a maintenu la possibilité de dérogation sous couvert d'une simple convention, dès lors que le motif de prise en charge en orthophonie en ville est différent de celui en CMP.

La CNAM et le Ministère de la Santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées se sont engagées à répondre aux inquiétudes des acteurs par une adaptation des dispositions législatives et réglementaires.

Ce dispositif permettra de poser le cadre juridique de la facturation en ville en sécurisant la pratique existante. Il permet à la fois d'éviter toute double prise en charge entre les dotations hospitalières et les remboursements assurance maladie et de protéger les professionnels libéraux contre la récupération d'indus, la responsabilité financière incombant désormais à l'établissement prescripteur. A ce titre, les sommes indûment versées feront désormais l'objet d'une récupération auprès de l'établissement.

Une période de tolérance sera appliquée jusqu'au 1er avril 2026.

L'adoption de l'article 62 du PLFSS 2026 met fin à l'insécurité juridique et financière qui pesait sur les orthophonistes libéraux travaillant en parallèle avec les Centres Médico Psychologiques (CMP).

Il ajoute les établissements publics de santé mentale, dont les CMP, à la liste des structures pouvant être redevables d'indus en cas de double facturation.

SYNTHÈSE DES ÉCHANGES

Conventionnement orthophonistes et CMP

La section sociale aborde le conventionnement entre orthophonistes libéraux et CMP. Depuis l'avenant n° 19, entré en vigueur en février 2023, les orthophonistes pouvaient facturer des soins de ville même pour des patients suivis en établissements publics ou en CMP. Toutefois, la CNAM avait rappelé qu'en cas de soins portant sur le même motif que celui pris en charge en CMP, leur financement devait relever de l'établissement, sauf convention spécifique lorsque les motifs étaient différents.

De nouvelles dispositions législatives ont depuis sécurisé la facturation en ville : elles évitent les doubles financements (dotation hospitalière et assurance maladie) et protègent les orthophonistes contre les récupérations d'indus, la responsabilité financière revenant désormais à l'établissement prescripteur. La loi de financement de la sécurité sociale 2026 (article 62) a clarifié la situation en incluant les établissements de santé mentale, dont les CMP, parmi les structures responsables en cas de double facturation.

Une période de tolérance sera appliquée jusqu'au 1^{er} avril 2026.

Lors des échanges à la Commission Paritaire Régionale, il a été évoqué que des discussions sont en cours au niveau national sur de nouveaux types de prise en charge afin de mieux sécuriser la récupération d'indus, notamment en cas de double facturation impliquant les établissements. Des zones d'incertitude persistent, surtout concernant les situations où un enfant est orienté vers un CMP ou l'inverse, ainsi que sur la définition précise du début réel de la prise en charge (par exemple lorsqu'un rendez-vous est très espacé). À ce stade, aucun éclaircissement définitif n'a encore été apporté.

2.1

DISPOSITIF ESCAP

ESCAP – EQUIPES DE SOINS COORDONNÉES AVEC LE PATIENT



- Signature avenant 1 à l'ACIP (Accord Cadre Interprofessionnel) le 20 juin 2024 qui inscrit dans le champ conventionnel l'expérimentation « équipe de soins coordonné avec le patient »

Objectifs

- Améliorer la prise en charge des patients ayant des parcours de soins complexes, exigeant l'intervention de plusieurs professionnels de santé ;
- Favoriser la bonne coordination de ces professionnels ;
- Permettre au patient que les professionnels qui se coordonnent soient bien « ses » professionnels, c'est-à-dire ceux qui le prennent déjà en charge, même si ces derniers n'appartiennent pas au même exercice coordonné ;
- Optimiser le temps médical pour les patients stabilisés.

Principes

- Coordination centrée autour d'un patient ;
- Répondant à l'une des 4 situations cliniques définies ;
- Grille d'éligibilité initiée par un PS de l'équipe;
- Composition minimale de 3 professionnels de santé dont le médecin traitant ;
- Choix, par le patient, des professionnels qui le prennent en charge ;

ESCAP – PÉRIMÈTRE DE L'EXPÉRIMENTATION

Durée : Expérimentation de 3 ans France entière

Grille d'inclusion ESCAP

Nom : Prénom : Date de naissance :
Sexe : Poids : Taille :

ALD : OUI/NON

Date évaluation	Nom de l'évaluateur	Profession de l'évaluateur

Prérequis ¹	OUI	NON
Patients diabétiques sous insuline		
Patients en post-hospitalisation (datant de moins d'un an) suite à un AVC		
Patients en soins palliatifs		
Patients <u>polypathologiques</u> chroniques de plus de 65 ans		

Les patients intégrés dans l'ESCAP sont atteints d'une de ces pathologies et totalisent 13 points sur les 26 d'une grille d'inclusion qui permet d'objectiver le besoin de coordination.

ESCAP – LE DISPOSITIF



Cet accord prévoit une incitation financière pour valoriser les professionnels de santé qui s'engagent dans ce dispositif de coordination :

- ❖ 100 euros par an par professionnel dès l'acquisition et l'utilisation de l'outil
- ❖ 100 euros par an par professionnel dès que le professionnel est impliqué a minima dans cinq ESCAP



Une **évaluation nationale** sera réalisée à l'issue des trois ans de l'expérimentation notamment pour objectiver l'amélioration de la prise en charge pour le patient (état clinique, qualité de vie, observance et interactions médicamenteuses, hospitalisations évitées, efficacité du parcours de soins.)

Pour démarrer une ESCAP, les PS doivent :

Disposer d'une application de coordination respectant le cahier des charges élaboré par l'UNPS et être conforme à la doctrine numérique en santé et interopérable

=> les PS devront transmettre une attestation de l'éditeur/opérateur à sa caisse de rattachement

Le cahier des charges qui définit notamment les modalités de suivi de l'expérimentation peut vous être transmis en cas d'intérêt pour le dispositif.

SYNTHÈSE DES ÉCHANGES

Dispositif ESCAP

La section sociale fait un point sur le dispositif ESCAP (Équipe de soins coordonnée avec le patient).

Les professionnels intéressés doivent disposer d'une application de coordination conforme au cahier des charges élaboré par l'UNPS, et aux exigences numériques. Il doit transmettre une attestation de l'éditeur à leur caisse de rattachement.

Le cahier des charges qui définit les modalités et le suivi de l'expérimentation est à la disposition des professionnels de santé intéressés. Les responsables des organisations coordonnées (ROC) sont également disponibles pour accompagner et renseigner les professionnels intéressés.

Des échanges s'ensuivent sur l'élargissement éventuel à d'autres pathologies, ce à quoi il est répondu que cela reste une phrase expérimentale, et que seuls les résultats observés pourraient donner lieu à élargir à d'autres pathologies type maladies neurodégénératives.

Ensuite, des interrogations subsistent sur l'accès concret au dispositif, les critères d'évaluation (réduction des hospitalisations, objectivité financière, efficacité du parcours de soins) et les modalités de coordination entre acteurs.

La section sociale spécifie que l'intégration du professionnel de santé intéressé passe par un contact avec la CPAM, qui transmet ensuite le cahier des charges stipulant les modalités du dispositif. Les responsables des organisations coordonnées (ROC) sont également porteurs du dispositif auprès des professionnels.

Les réflexions entre orthophonistes et l'assurance maladie amènent à constater un modèle qui se veut plus souple que certaines formes d'exercice coordonné existantes comme les MSP, les CPTS ou les ESP CLAP, mais des questions demeurent sur la reconnaissance du temps investi, les modalités pratiques et les indicateurs retenus par la CNAM.

La section sociale suggère l'intervention d'un responsable des organisations coordonnées lors de la prochaine Commission paritaire pour clarifier ce dispositif d'exercice coordonné, ce qu'approuve **les orthophonistes**.

La section professionnelle souhaite obtenir des précisions concernant le coût associé à l'application requise, mais également la prise en charge financière correspondante, ainsi que la liste exhaustive des applications autorisées à usage professionnel.

3.

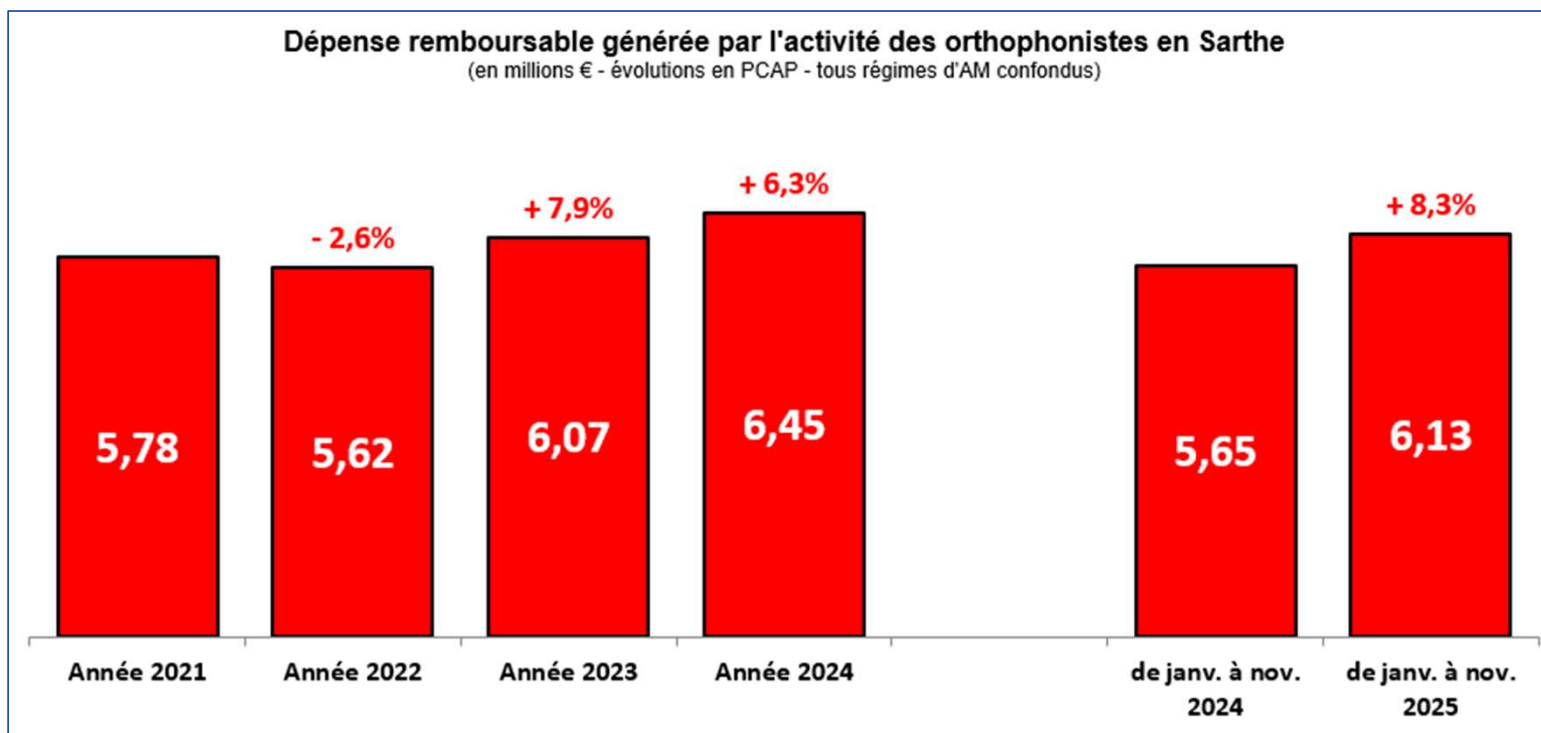
ACTIVITÉ DES ORTHOPHONISTES



3.0

DEPENSES DE SOINS

DÉPENSES DES SOINS

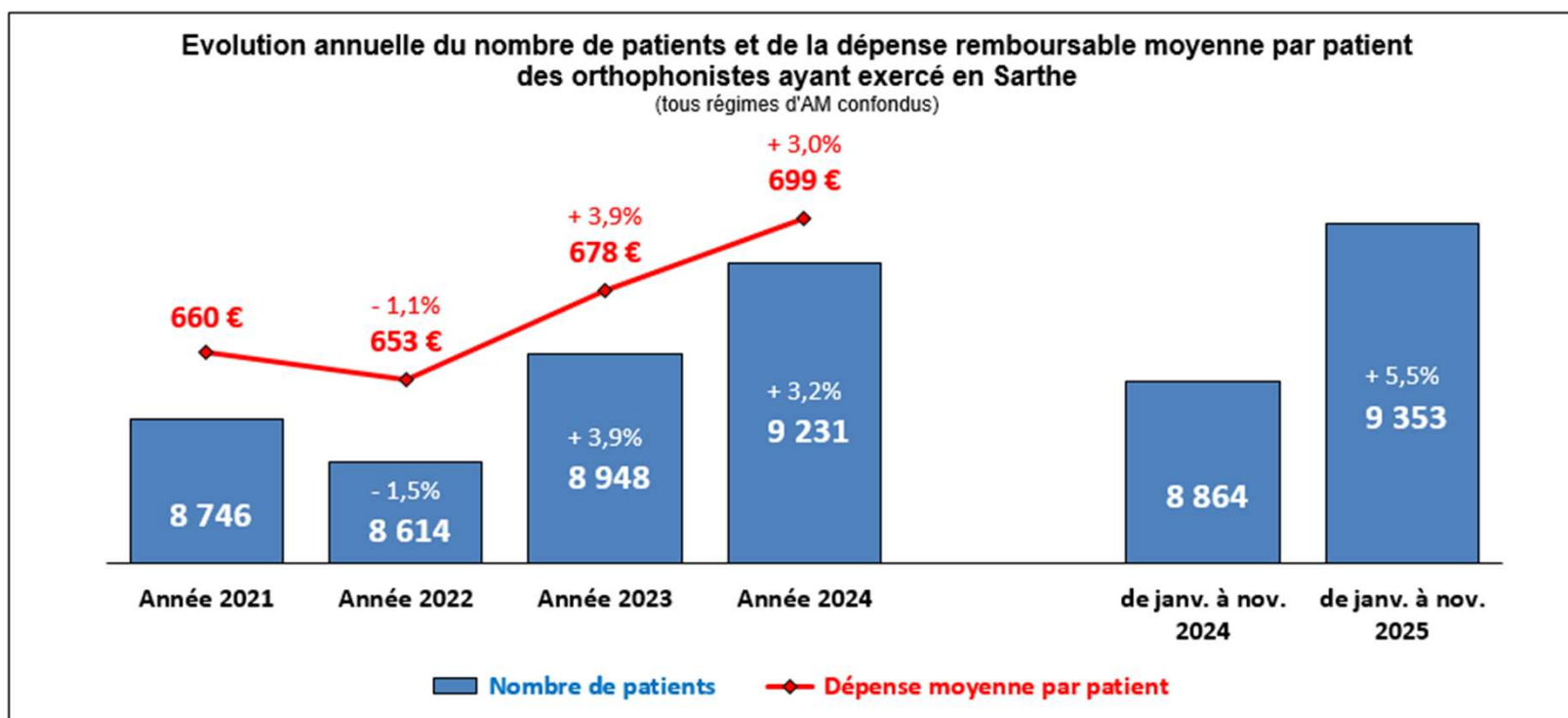


Évolutions exprimées en PCAP	Année 2022	Année 2023	Année 2024	de janv. à nov. 2025
Pays de la Loire	+ 2,1%	+ 11,3%	+ 9,5%	+ 4,6%
France entière	+ 1,2%	+ 9,1%	+ 6,8%	+ 3,0%

DÉPENSES DES SOINS

Base de remboursement par prestation	Sarthe			Pays de la Loire			France entière		
	de janv. à nov. 2025	Poids relatif	Evolution (en PCAP)	de janv. à nov. 2025	Poids relatif	Evolution (en PCAP)	de janv. à nov. 2025	Poids relatif	Evolution (en PCAP)
Actes cotés en AMO	5 886 290 €	96,1%	+7,7%	66 487 184 €	96,9%	+4,6%	1 135,3 M€	96,7%	+2,9%
Forfait pour la prise en charge des patients en situation de handicap - FOH	44 250 €	0,7%	+27,0%	336 100 €	0,5%	+28,8%	6,7 M€	0,6%	+17,7%
Forfait pour la prise en charge des patients en post-hospitalisation - FPH	2 800 €	0,05%	+7,7%	24 400 €	0,04%	-18,0%	0,4 M€	0,04%	-1,2%
Majoration pour la prise en charge des enfants de moins de 3 ans - MEO	12 786 €	0,2%	+23,3%	117 114 €	0,2%	+7,5%	1,7 M€	0,1%	-0,0%
Télésoins - TMO	27 213 €	0,4%	+19,0%	150 231 €	0,2%	-5,5%	5,2 M€	0,4%	-2,3%
Forfait Troubles Neuro-Développement - FTD	650 €	0,01%	-48,0%	19 400 €	0,03%	+48,1%	0,3 M€	0,03%	+37,2%
Demande téléexpertise - RQD		-		450 €	0,0007%	+87,5%	0,0 M€	0,0007%	+52,4%
Frais de déplacement	2 512 €	0,04%	-6,9%	391 059 €	0,6%	-2,8%	8,1 M€	0,7%	-1,9%
FAMI	69 850 €	1,1%	+9,3%	740 660 €	1,1%	+3,2%	11,6 M€	1,0%	+3,5%
Contrat Incitatif Orthophoniste	80 008 €	1,3%	+55,3%	369 716 €	0,5%	+1,0%	5,3 M€	0,5%	+15,6%
TOTAL	6 126 359 €	100%		68 636 313 €	100%		1 175 M€	100%	
Evolution globale (en PCAP) :		+8,3%			+4,6%			+3,0%	

LA PATIENTÈLE



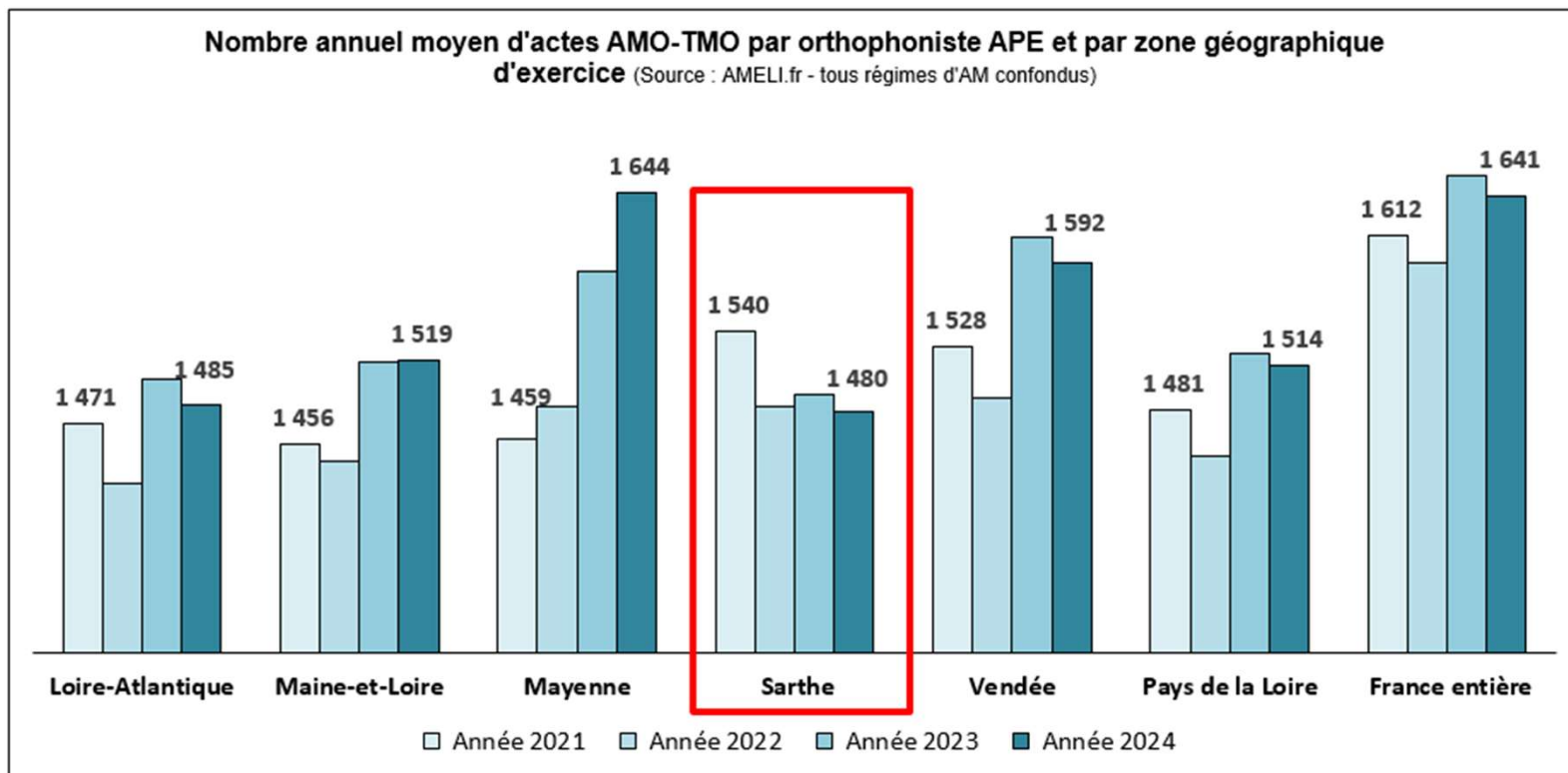
LA PATIENTÈLE

Nombre moyen de patients par orthophoniste actif au 31 décembre de l'année	Année 2021	Année 2022	Année 2023	Année 2024
Loire-Atlantique	73	72	73	73
Maine-et-Loire	69	70	70	72
Mayenne	70	72	72	74
Sarthe	76	76	77	75
Vendée	77	78	78	78
Pays de la Loire	73	73	73	74
France entière	73	73	74	75

DES RATIOS PAR ORTHOPHONISTE

Notion de praticien **APE Actifs à Part Entière** pour éviter un biais dans le calcul des ratios (on exclut par exemple les praticiens débutant ou cessant leur activité en cours d'année).

Source d'information :
site de ameli.fr
(année 2025 indisponible à ce jour)



SYNTHÈSE DES ÉCHANGES

Dépenses de soins

La section sociale fait un point sur les données de dépenses de soins en orthophonie, tous régimes assurance maladie confondus pour la Sarthe. Elles montrent une hausse de 8,3 % entre janvier-novembre 2024 et à la même période 2025, soit environ 6,13 millions, progression plus marquée qu'en Pays de la Loire (+ 4,6 %) et qu'en France (+ 3 %).

En Sarthe, les dépenses par acte augmentent nettement, avec une forte progression du contrat incitatif (+ 55,3 %) et de la majoration MEO (+23,3 %), liée notamment à la hausse des prises en charge d'enfants de moins de 3 ans (+ 27 %). Les actes AMO (+ 7,7 %) et TMO (+ 19 %) progressent aussi, en lien avec l'augmentation du nombre d'orthophonistes (+ 2,5 %), des patients (+ 5,5 %) et du volume global d'actes (+ 7,1 %). On observe également une évolution des cotations vers davantage d'actes à coefficient élevé (AMO 14 et plus). Les tendances restent comparées à celles observées en Pays de la Loire et en France.

Le nombre de patients suivis en orthophonie continue d'augmenter (+ 5,5 % entre janvier-novembre 2024 et 2025), évolution liée notamment à la hausse du nombre de praticiens. La dépense moyenne remboursée par patient progresse également, en partie à cause de l'évolution des cotations. La baisse observée en 2022 s'explique principalement par l'impact de l'épidémie de Covid et des restrictions sanitaires sur l'activité des cabinets.

Sur la période 2021-2024, le nombre moyen de patients par orthophoniste reste globalement stable. Les chiffres sont homogènes entre les départements des Pays de la Loire et comparables à ceux observés en France, sans fortes variations d'une année à l'autre ni disparités marquées entre territoires.

La section professionnelle suggère d'analyser la relation entre nombre de patients et nombre de séances par patient pour mieux comprendre les tendances, sans se focaliser sur les situations extrêmes.

La section sociale poursuit avec la dépense moyenne par patient. L'activité moyenne a été calculée en actes AMO-TMO par orthophoniste sur la base de praticiens APE (actifs à part entière) afin d'éviter les biais liés aux débuts, arrêts d'activité ou exercices mixtes. En 2024, on compte environ 1 480 actes annuels par orthophoniste en Sarthe, un niveau proche des autres territoires des Pays de la Loire, même si la Mayenne présente un volume légèrement plus élevé.

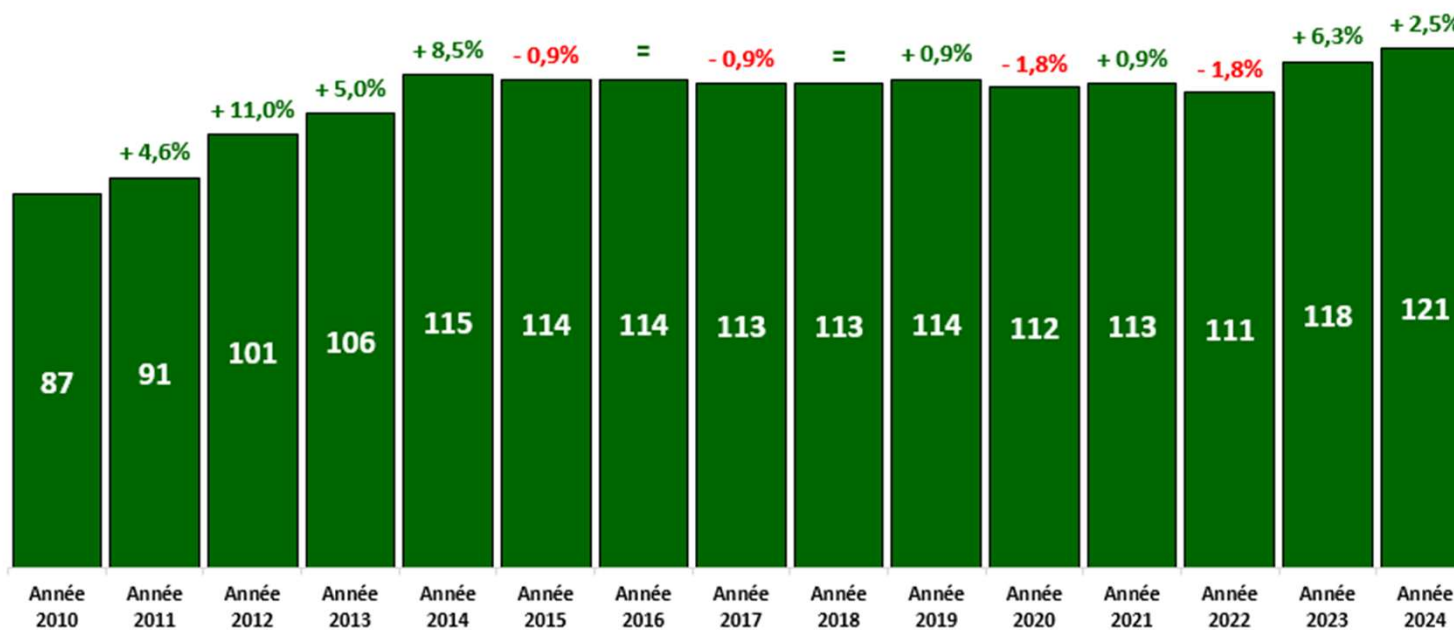
3.1

DEMOGRAPHIE

DÉMOGRAPHIE

Evolution des effectifs d'orthophonistes libéraux dans la Sarthe (hors cabinets secondaires)

Source : CNAM



Données provisoires

En Sarthe, au 31/12/2025, **124** orthophonistes libéraux actifs sont dénombrés, soit une augmentation qui serait de +2,5% en un an.

Pays de la Loire : +6,2%

L'ACCÈS DIRECT EN SARTHE

	Année 2025	
	MSP	CPTS (hors MSP)
nb de structures ayant facturé au moins un acte d'accès direct	6	1
nb orthophonistes	10	3
nb patients différents	147	52
part de patients vus une seule fois	24%	13%
part de patients vus plusieurs fois	76%	87%

Seule la "CPTS du Perche Emeraude" a intégré l'accès direct à son contrat.

SYNTHÈSE DES ÉCHANGES

Démographie

Concernant la partie démographique, comme pour les dépenses, **La section sociale** explicite que les données consolidées pour 2025 ne sont pas encore disponibles, il s'agit donc d'estimations provisoires, susceptibles d'évoluer selon la mise à jour définitive des avis des praticiens et d'éventuelles cessations d'activité déclarées en fin d'année.

À ce stade, une hausse de + 2,5 % des orthophonistes est estimée en Sarthe, portant leur nombre à 124 praticiens libéraux. À l'échelle régionale, l'augmentation estimée est de + 6,2 %, soit 1 454 orthophonistes.

La section professionnelle considère qu'une simple petite variation d'effectifs peut entraîner une hausse rapide. Les Pays de la Loire constituent une région attractive, notamment Nantes et la Vendée en raison de leur situation littorale, ce qui favorise les installations.

En zone rurale, les récentes redéfinitions des zones par l'ARS ont modifié les dispositifs : certaines communes ne sont plus classées en zone très sous-dotée, ce qui supprime des aides telles que la rémunération liée à l'accueil de stagiaires. Les contraintes spécifiques à la campagne (déplacements, nécessité d'être motorisé) limitent également l'accueil de stagiaires et l'installation de nouveaux praticiens, qui se concentrent davantage ailleurs.

La section professionnelle estime que les contrats incitatifs produisent un certain effet, mais restent limités. Les diminutions d'effectifs s'expliquent principalement par des départs à la retraite, des déménagements ou des mutations de conjoints, plus que par un choix direct des orthophonistes.

La section sociale fait un point sur l'accès direct, entré en vigueur le 26 juillet 2023, qui concerne les orthophonistes exerçant en établissements de santé, en établissements et services sociaux, ainsi que les orthophonistes libéraux conventionnés au sein d'une MSP. En 2025, 6 MSP et 1 CPTS ont facturé au moins un acte en accès direct. Cela représente 10 orthophonistes impliqués en MSP et 3 en CPTS, pour un total de 147 patients en MSP et 52 en CPTS.

Parmi ces patients, 24 % ont été vus une seule fois en MSP (donc 76 % plusieurs fois) et 13 % une seule fois en CPTS (87 % plusieurs fois).

À noter que seule la CPTS du Perche Émeraude a intégré l'accès direct dans son contrat.

La section professionnelle trouve intéressant de faire apparaître les ESP dans les données présentées, puisque certaines pratiquent également l'accès direct, comme l'ESP de Ballon. *Ce n'est pas spécifique à l'ESP de Ballon : selon la convention, dès lors qu'une orthophoniste exerce au sein d'une MSP ou d'une ESP, elle peut pratiquer l'accès direct. Il n'est pas nécessaire que cela soit mentionné dans les projets de soins, contrairement aux CPTS. Il convient donc d'analyser les ESP au même titre que les MSP et les CPTS.*

SYNTHÈSE DES ÉCHANGES

Démographie

La section professionnelle estime également pertinent d'identifier, en Sarthe, le nombre d'orthophonistes n'ayant pas accès au dispositif, faute d'exercice en MSP, CPTS ou autre structure coordonnée.

Un échange s'ensuit concernant les CPTS du département, Perche Émeraude et Le Mans Agglo sont citées comme étant en fonctionnement. D'autres projets seraient en cours d'élaboration ; par exemple, la CPTS de La Suze était récemment en phase de rédaction de son projet de santé, laissant encore la possibilité d'y intégrer l'accès direct.

La section sociale va se renseigner auprès des ROC, qui disposent d'informations actualisées sur l'état d'avancement de ces projets.

La section professionnelle exerçant en zone rurale sans MSP ni ESP, explique se heurter au refus des médecins locaux d'entrer dans une démarche coordonnée. Elle sollicite un appui de la CPAM pour accompagner les professionnels motivés mais isolés face à ces blocages.

Malgré des rencontres régulières avec les médecins et un accompagnement proposé pour le montage des projets de santé, **l'ensemble des intervenants** se heurte à des réticences.

La section professionnelle évoque les freins principalement évoqués : la charge administrative, l'investissement important des premières années (réunions, organisation, temps non productif) et des contraintes personnelles familiales.

La section professionnelle suggère des arguments plus concrets et chiffrés : au-delà des témoignages, disposer de données objectives sur les bénéficiaires à long terme pour les patients, la qualité des soins, le volume d'activité et la qualité de vie des professionnels (prévention de l'épuisement, meilleure coordination). L'idée est d'apporter des éléments factuels susceptibles de convaincre des médecins sensibles aux résultats mesurables, tout en tenant compte de l'impact humain et organisationnel. Elle réitère son appel à l'aide.

La section sociale annonce qu'une présentation plus complète de l'exercice coordonné sera proposée au second semestre, compte tenu de la complexité du sujet et de la diversité des dispositifs (CPTS, MSP, ESP, etc.). Une cartographie montre que certaines zones ne disposent d'aucune CPTS, tandis que d'autres y sont rattachées ; une nouvelle CPTS doit être inaugurée en mars. Les ESP sont également signalées, dont **Ballon Saint Mars**. Des informations complémentaires seront transmises ultérieurement, la cartographie restant difficile à stabiliser du fait du caractère organisationnel (et non structurel) des CPTS.

SYNTHÈSE DES ÉCHANGES

Démographie

La section professionnelle évoque aussi le fait que l'intégration de l'accès direct dans ces organisations n'est pas toujours connue par les médecins. L'objectif de l'accès direct n'est pas d'élargir les prérogatives des orthophonistes, mais de simplifier le parcours de soins : prise en charge de patients sans ordonnance, sans médecin traitant ou avec des prescriptions mal libellées, et limitation des sollicitations répétées des médecins. Le récent avenant autorisant deux soins différents par jour implique deux prescriptions distinctes, ce qui complexifie encore l'explication auprès des médecins, alors que l'accès direct permettrait d'éviter des déplacements supplémentaires, particulièrement contraignants en zone rurale

Réponse apportée à posteriori de la séance : Lors de son assemblée générale, la section professionnelle a été informée de l'existence d'une contrainte concernant les demandes de stage d'équivalence (notamment pour les logopèdes belges) : ces stages doivent être réalisés en zones sous-dotées ou très sous-dotées, afin de favoriser une installation dans ces territoires à l'issue du stage.

4.

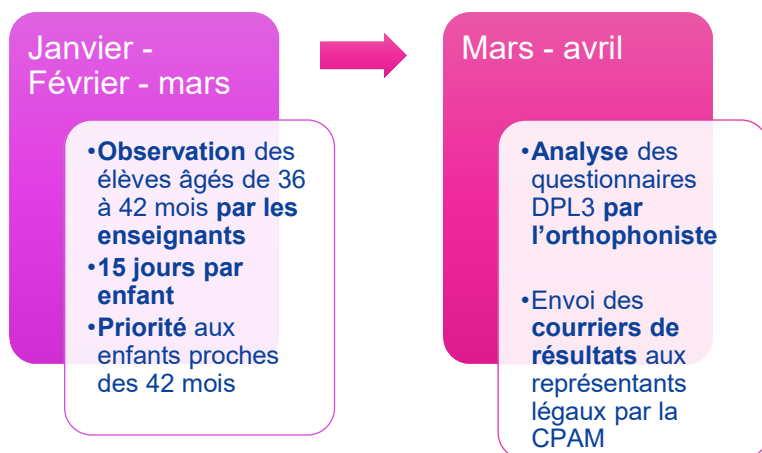
PREVENTION

4.0

POINT D'AVANCEMENT ACTIONS DE DÉPISTAGE

POINT D'AVANCEMENT ACTIONS DE DÉPISTAGE

- ✓ L'ensemble du matériel et des supports de communication (photoscreener, mallettes DPL3 et supports de communication) reçus et distribués courant décembre 2025.
- ✓ 6 réunions de sensibilisation auprès de 18 enseignants (13 classes de PS soit 182 élèves concernés) ont été organisées en décembre et janvier.



Pour les enfants dont une fragilité sera détectée, un accompagnement sera proposé aux familles (l'orthophoniste référent de l'école ne sera pas forcément celui qui suivra l'enfant) :

- Inscription sur INZEE Care avec mention DEPISCO pour faciliter l'accompagnement.
- Information des professionnels sarthois du suivi des enfants nécessitant un accompagnement dans le cadre de DEPISCO.
- Orientation vers allo-ortho.

SYNTHÈSE DES ÉCHANGES

Point d'avancement actions de dépistage : DEPISCO

La section sociale fait un point d'avancement des actions de dépistage DEPISCO. Le matériel et les supports de communication ont été reçus et distribués en décembre. 6 réunions de sensibilisation ont été organisées auprès de 18 enseignants de 13 classes de petite section, soit 182 élèves.

Les étapes à venir consisteront :

- Actuellement, les enseignants observent les enfants de 36 à 42 mois pendant 15 jours chacun, en priorité ceux proches de 42 mois.
- En mars-avril, les orthophonistes analyseront les questionnaires, et en cas de fragilités repérées, les familles seront contactées afin de proposer un accompagnement. L'inscription via INZEE Care, mention DEPISCO, permettra de faciliter l'orientation et le suivi, notamment vers Allo Ortho.

La section professionnelle fait état du dispositif dans le département, où 6 orthophonistes y participent. Des actions de sensibilisation ont été menées dans 5 écoles, avec des retours globalement positifs des parents.

La difficulté majeure concerne les enseignants désignés non volontaires, non rémunérés pour le temps supplémentaire passé : observations, réunions, formation réduite à 1 heure en e-learning, ce qui peut impacter la qualité des observations. Cette situation a été identifiée, perçue comme pénalisante, et remontée à l'Inspection Académique de la Sarthe.

65 enfants seront observés en Sarthe. Sur la base des taux constatés ailleurs (20 à 30 %), environ 20 pourraient nécessiter un bilan. Avec 120 orthophonistes dans le département, cette charge semble absorbable pour l'instant, mais la montée en puissance interroge.

Par ailleurs, INZEE Care sera remplacé par une nouvelle plateforme liée à Allo Ortho dans le cadre de l'Avenant 21, qui développe la régulation. Des orthophonistes pourront prioriser certains patients via cette plateforme. *Pour les orthophonistes effecteurs, l'avenant 21 prévoit une majoration MSO d'un montant de 20 € en plus du tarif du bilan orthophonique, dans la limite de 10 majorations par an par orthophoniste.*

Toutefois, le principal frein reste moins la réalisation des bilans que la capacité à assurer ensuite les suivis, dont la durée et l'intensité sont incertaines.

Réponse apportée à posteriori de la séance : Le remplacement d'Inzee Care est effectif depuis le 1er avril via Allo Ortho. Au-delà de la priorisation de certains patients, cette régularisation permettra également d'initier des actions de prévention, de conseil et d'orientation, voire de réorientation des patients et de leurs familles vers d'autres professionnels si nécessaire.

5.

E-SANTE

LA MESSAGERIE SÉCURISÉE DE SANTÉ MS SANTÉ



La Messagerie Sécurisée de Santé permet partager des informations en garantissant le secret médical.



Nominative

Une messagerie personnelle pour les professionnels habilités à échanger des données de santé. Ils doivent posséder un numéro d'identifiant national RPPS.



Organisationnelle

Une messagerie organisationnelle partagée entre les professionnels d'une même structure (possédant ou non un numéro FINESS). Une personne qualifiée au sein de la structure a la responsabilité de son bon fonctionnement.



Applicative

Une messagerie à laquelle on accède directement par le logiciel métier pour l'envoi automatisé de messages. Elle peut également recevoir des messages dans certains cas (intégration automatique de document).



Panorama des offres MsSanté



Certifier la sécurité

des échanges de
données personnelles
entre professionnels
habilités



Assurer l'interopérabilité

De plus de 300
messageries sécurisées
de sein de l'espace
de Confiance



Garantir la communication

Entre les
professionnels de santé
et **les patients**



Facilité les usages

Avec une messagerie
adaptée au quotidien
des professionnels et
intégrée aux logiciels
métiers

Bienvenue sur Mailiz, le service de messagerie sécurisée proposé par
l'ANS et les Ordres de santé



Pour activer votre compte : Rendez-vous [ici](#)

L'activation en vidéo : [lien](#)

Pour être visible dans [l'annuaire Santé](#) des Professionnels de Santé, ne pas cocher « **Liste Rouge** » lors de l'activation.

Sans utilisation pendant 60 jours, votre adresse de messagerie est automatiquement dépubliée de l'annuaire santé et au bout de 12 mois, votre messagerie est supprimée.

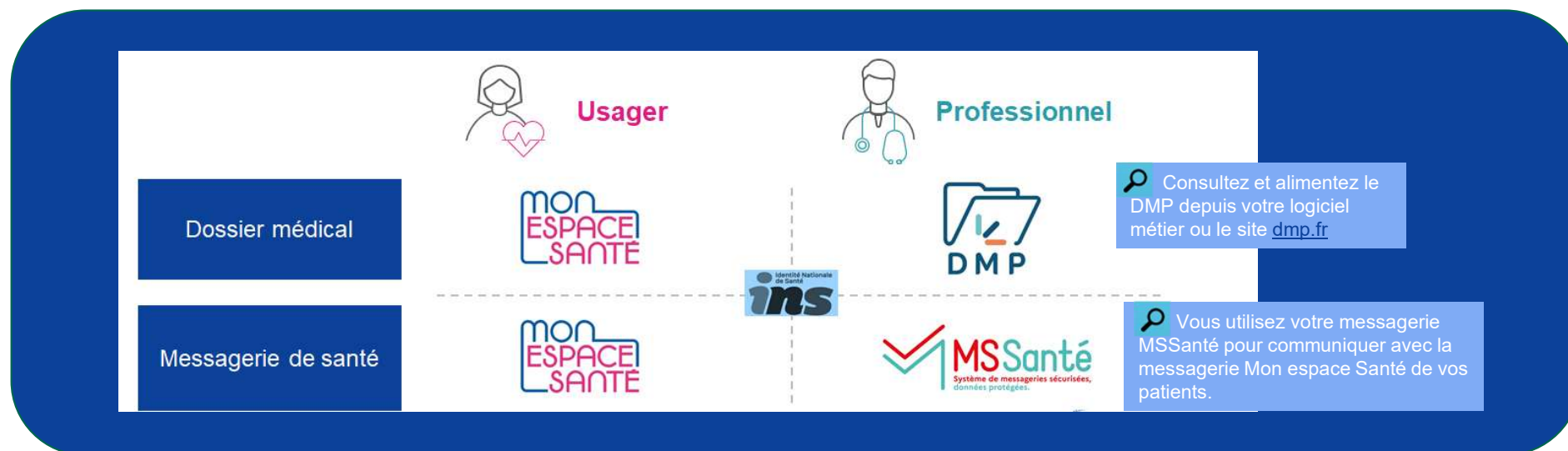




MON ESPACE SANTÉ

Le DMP est un **carnet de santé informatisé**.

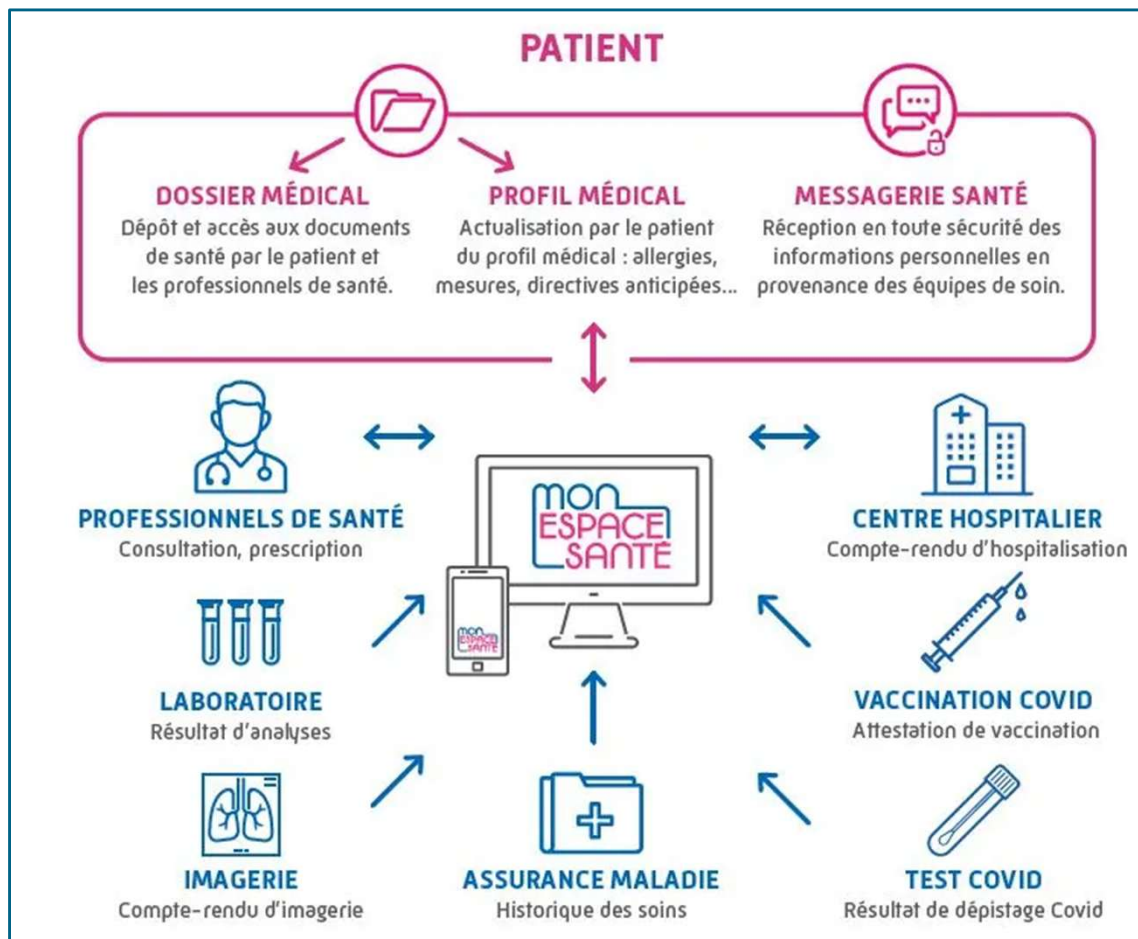
Il vous permet d'accéder aux informations utiles à la prise en charge de votre patient et de partager avec d'autres professionnels de santé des informations médicales le concernant



➤ 1^{er} accès au DMP avec la carte Vitale du patient



➤ Avoir validé et qualifié l'Identité Nationale de Santé (INS)



Des fiches pratiques pour vous aider au quotidien : [cliquez ici](#)

- [Comment consulter les documents de Mon espace santé et du DMP](#)
- [Fonctionnement pratique des échanges MSSanté et messagerie de Mon espace santé](#) (PDF)
- [Mon espace santé – Usages possibles en fonction du statut du compte utilisateur](#) (PDF)
- [Mon espace santé et la protection des données : comment respecter vos obligations d'informations des patients ?](#) (PDF)
- [Fiche pratique : répondre aux questions des patients](#) (PDF)
- [Mémo : les bonnes pratiques à appliquer lorsqu'un document est déposé par erreur dans un mauvais DMP](#) (PDF)



IDENTITE NATIONALE DE SANTE

L'INS est une **identité de référence partagée** par tous les acteurs de santé. Elle est **unique et pérenne** pour chaque patient.

Comment est composée l'INS ?

L'INS est composée du **NIR et de 5 traits d'identité de l'état civil** : nom de naissance, prénom(s) de naissance, date de naissance, sexe et lieu de naissance.

Tous les bénéficiaires de l'Assurance Maladie, qu'ils soient ouvrant droit ou ayant-droit, disposent d'un NIR donc d'une INS.





IDENTITE NATIONALE DE SANTE

Pour pouvoir consulter et alimenter le DMP d'un patient l'INS doit être qualifiée.
Le matricule INS sera l'identifiant utilisé par votre patient pour Mon Espace Santé.
La Messagerie sécurisée de votre patient sera construite sous la forme INS@patient.mssante.fr



/// Votre logiciel doit intégrer le téléservice INSi.

[le référentiel INS](#)

SYNTHÈSE DES ÉCHANGES

La messagerie sécurisée de santé MsSanté

La section sociale présente la messagerie sécurisée de santé, outil gratuit permettant des échanges protégés entre professionnels et avec les patients tout en garantissant le secret médical. Elle est intégrée directement aux logiciels métiers, ce qui facilite son utilisation quotidienne, notamment pour partager bilans et informations de suivi.

La messagerie, proposé par l'Ordre de santé Mailiz, permet des échanges sécurisés, d'assurer l'interopérabilité et de garantir la communication entre les professionnels de santé et les patients, et de faciliter les usages au quotidien avec une messagerie intégrée au logiciel métier.

Il est rappelé que ces messageries doivent être utilisées régulièrement sous peine de désactivation au bout de 60 jours. Au-delà de ce délai sans activité, elle est dépubliée de l'annuaire et santé. Au bout de 12 mois, elle est supprimée et jouera sur l'indicateur FAMI. Il est vivement conseillé d'être visible dans l'annuaire santé et de ne pas cocher la case « liste rouge » pour faciliter les échanges entre professionnels.

L'espace santé va avoir plusieurs fonctionnalités, le DMP (Dossier Médical Partagé) pour les professionnels de santé qui vont l'alimenter en intégrant les documents médicaux, et la messagerie sécurisée de santé pour les patients (appelée messagerie citoyenne). Il permet ainsi le partage des documents médicaux via le DMP et d'échanges via la messagerie citoyenne.

La section sociale souligne l'importance de l'Identité Nationale de Santé (INS) : sa qualification, basée notamment sur les données de l'INSEE (ajout du nom de naissance, prénom(s), date et lieu de naissance), sécurise l'identification des patients et garantit l'attribution correcte des documents médicaux. Le logiciel métier intègre désormais cette fonctionnalité.

La section professionnelle fait remarquer que cette fonctionnalité n'est pas intégrée dans aucun des 4 logiciels métiers, et n'ont du coup pas accès à la MS Santé.

La section sociale prend note de cette problématique et invite les orthophonistes à se rapprocher de leur prestataire. Dans l'attente, il leur conseille d'intégrer les documents via le DMP, sachant que ce procédé ne permet pas de correspondre avec le patient.

6.

POINTS COMPLEMENTAIRES ET QUESTIONS



POINT COMPLEMENTAIRE : AVENANT 21

A compter du 23 février 2026, les dispositions de l'avenant 21 à la Convention nationale des orthophonistes prévoient l'entrée en vigueur des mesures suivantes :

Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) : les évolutions

Possibilité pour les orthophonistes d'effectuer deux séances le même jour dans les conditions cumulatives suivantes :

- pour des actes différents de rééducations individuelles ;
- à la condition que celles-ci interviennent dans le cadre de deux projets rééducatifs distincts ;
- qu'ils soient issus de deux prescriptions médicales distinctes ou de deux bilans distincts (dans le cas où l'orthophoniste reçoit son patient en accès direct).

Ces deux séances sont facturables à taux plein.

Dans les autres cas, les cotations des actes figurant à l'article 2 du chapitre II du titre IV de la NGAP ne sont pas cumulables entre elles.

Evolutions des durées des séances avec la réduction des durées minimales de certaines séances de rééducation :

- pour les actes en AMO 9,7 ; 9,8 et 9,9 : la séance doit avoir une durée de l'ordre de 30 minutes et ne peut être inférieure à 20 minutes.
- pour les actes en AMO 15,4 : la séance doit avoir une durée de l'ordre de 45 minutes et ne peut être inférieure à 30 minutes.

Modification des coefficients des bilans orthophoniques afin d'assurer une meilleure traçabilité des bilans orthophoniques

Suppression de la demande d'accord préalable : dans la continuité des dispositions de l'avenant 19 qui avaient supprimé l'obligation de demande d'accord préalable à l'issue de la première réalisation d'un bilan orthophonique, l'obligation de demande d'accord préalable à l'issue des bilans pour renouvellement des séances est désormais également supprimée.

Autres mesures : Implication des orthophonistes en dehors du cabinet avec une nouvelle aide valorisant les orthophonistes qui interviennent en milieu scolaire lors des réunions de coordination et de suivi avec les équipes éducatives (en primaire, au collège ou au lycée).

A noter : le premier versement de cette aide forfaitaire dans le cadre du FAMI interviendra en 2027. Ce nouvel indicateur sera à déclarer sur amelipro en 2027, au titre de l'année 2026.

Dispositif « Plateforme Prévention et Soins en Orthophonie (PPSO) »

Le dispositif PPSO est généralisé et prévoit pour les orthophonistes effecteurs : une majoration MSO d'un montant de 20 euros en plus du tarif du bilan orthophonique pour un patient dont le bilan a été « qualifié d'urgent » lors des régulations PPSO et dans la limite de 10 majorations par an.

Cette majoration est applicable sous les conditions cumulatives suivantes :

- l'orthophoniste est inscrit sur la liste d'adressage gérée par PPSO ;
- l'orthophoniste s'engage à recevoir le patient dans un délai de 3 mois maximum après adressage ;
- l'orthophoniste s'engage à assurer la continuité des soins du patient à l'issue de la réalisation du bilan ;
- le patient a été régulé et orienté par la plateforme PPSO.

Pour les orthophonistes régulateurs : une rémunération par créneau de 3 heures de régulation avec un objectif cible de 2 régulations par mois et par orthophoniste régulateur.

SYNTHÈSE DES ÉCHANGES

Point complémentaire : Avenant 21

La **section sociale** revient sur l'osmose envoyé il y a quelques jours, énonçant les mesures applicables de l'avenant 21, entrant en vigueur le 23 février 2026 :

Concernant la suppression de la demande d'accord préalable (DAP), dans la continuité de l'avenant 19, l'obligation de demande d'accord préalable pour le renouvellement des séances après bilan est supprimée.

Généralisation de la Plateforme Prévention et Soins en Orthophonie (PPSO)

La plateforme de prévention et de soins en orthophonie est généralisée :

- Pour les orthophonistes effecteurs : majoration de 20 € (MSO) pour un bilan qualifié d'urgent après régulation, dans la limite de 10 par an, sous conditions : inscription sur la liste PPSO, délai de prise en charge ≤ 3 mois, engagement de continuité des soins, patient régulé via la plateforme.
- Pour les orthophonistes régulateurs : rémunération par créneaux de 3 heures, avec un objectif de deux régulations mensuelles.

La **section professionnelle** estime que le dispositif ne sera pas totalement opérationnel au 23 février puisqu'il y a encore des recrutements et formation en cours. INZEE Care disparaît au profit d'un accès centralisé via Allo Ortho. En Sarthe, environ 400 familles sont en attente sur l'ancienne plateforme ; seules les inscriptions récentes seront automatiquement migrées, les autres devront se réinscrire.

Elle aimerait que la CPAM puisse apporter son soutien en termes de communication auprès du public :

- informer du passage à Allo Ortho et de la régulation,
- rappeler qu'il n'existe pas une seule voie d'accès aux soins puisque tous les orthophonistes n'utilisent pas la plateforme,
- encourager l'utilisation de l'annuaire santé comme source fiable et sécurisée.
- expliquer la notion d'accès direct.

La **section sociale** portera une réflexion sur le type de communication auprès des assurés potentiels, mais indique qu'il serait judicieux d'attendre la stabilisation complète du dispositif.

QUESTIONS DE LA PROFESSION

- *Comment sont couverts les orthophonistes en libéral en cas d'accident du travail ?*

<https://www.ameli.fr/sarthe/orthophoniste/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/assurance-volontaire-individuelle-mp>

Si vous exercez en tant que libéral, vous pouvez souscrire une assurance volontaire contre le risque d'accident du travail et de maladie professionnelle (AT/MP), pour vous-même et votre conjoint collaborateur, le cas échéant.

Elle permet notamment de bénéficier :

- ✓ *du remboursement à 100 %, sur la base des tarifs conventionnels, des frais de santé liés à un accident de travail/de trajet ou à une maladie professionnelle ;*
- ✓ *du versement d'une indemnité en capital ou d'une rente en cas d'incapacité permanente (IPP) liée à un accident de travail/de trajet ou une maladie professionnelle.*

La cotisation est à payer auprès de l'Urssaf.

SYNTHÈSE DES ÉCHANGES

Questions de la profession

1 – Comment sont couverts les orthophonistes en libéral en cas d'accident du travail ?

La section sociale y répond en indiquant que les orthophonistes exerçant en libéral ne sont pas automatiquement couverts en cas d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP). Pour bénéficier de cette protection, ils doivent souscrire une assurance volontaire individuelle AT/MP auprès de l'Assurance Maladie et payer leur cotisation.

Cette assurance permet :

- le remboursement à 100 %, sur la base des tarifs conventionnels, des frais de santé liés à un accident du travail, de trajet ou à une maladie professionnelle .
- le versement d'un capital ou d'une rente en cas d'incapacité permanente.

La section sociale complète en attirant l'attention que cette assurance volontaire ne couvre pas les indemnités journalières liées à une perte de revenus en cas d'AT/MP ; celles-ci relèvent du droit commun.

Beaucoup ignorent cette offre et pensent, à tort, être couverts via leur cotisations habituelles. Or, sans souscription à cette assurance volontaire, ils relèvent uniquement du régime de droit commun et ne peuvent pas bénéficier du dispositif AT/MP. La reconnaissance officielle d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle relève exclusivement de la CPAM.

Il est donc jugé nécessaire de renforcer la communication et la sensibilisation pour clarifier ce dispositif.

La section sociale invite les orthophonistes à consulter le lien qui les emmène justement vers plus d'explications.

Guide de prescription d'un acte d'orthophonie

En tant que prescripteur, votre rôle est déterminant dans le parcours de soins du patient.

La qualité de la rédaction de la prescription assure non seulement la bonne exécution des actes, mais permet aussi d'éviter de potentiels indus pour les professionnels de santé en charge des soins.

Renseignements qui doivent apparaître sur la prescription

<p>Nom et prénom et qualité du prescripteur (indiquer si remplaçant le cas échéant) Adresse professionnelle Numéro de téléphone Numéro ADEL/FINESS Numéro RPPS Date et signature du prescripteur</p>	<p>Le cas échéant, préciser sur les soins sont en lien avec une ALD exonérante et utiliser d'une ordonnance bizona.</p>	<p>La mention « à domicile » doit figurer si l'état du patient nécessite une intervention au domicile du patient ou sur le lieu de vie du patient.</p>
<p>Identification du patient Nom et prénom (identique à celui de la carte vitale) Date de naissance</p>	<p>Il est inutile de préciser le nombre de séances mais indication des motifs ou éléments susceptibles d'orienter la recherche de l'orthophoniste.</p>	<p>Le saviez vous ? Depuis l'avenant 21, il est possible de réaliser et facturer deux actes de rééducation le même jour, si issus de projets rééducatifs distincts.</p>

! Mise en adéquation du nombre de prescription équivalent au nombre de bilans souhaité (exemple un prescription par bilan pour un enfant DYS / ou un adulte ayant fait un AVC).

Si le prescripteur souhaite une exploration de plusieurs domaines (ex : langage oral +/- langage écrit +/- cognition mathématique +/- oralité...), il faudra alors une prescription différente pour chaque domaine à évaluer.

PRESCRIPTIONS DE SOINS : CAS PARTICULIERS

Pathologie, problème	A indiquer sur la prescription	La suite du parcours de soin
<p>Si vous observez ou suspecter chez le patient, des troubles relevant d'une prise en charge orthophonique</p>	<p>Bilan avec rééducation si nécessaire</p>	<p>Un compte rendu est adressé au prescripteur en retour avec le diagnostic orthophonique et le projet thérapeutique.</p>
<p>Si l'orthophoniste sollicite la poursuite des soins</p>	<p>Bilan de renouvellement</p>	<p>Depuis l'avenant 21, l'orthophoniste n'est plus tenu de demander un accord préalable pour ce bilan.</p>
<p>Si la prise en charge est globale et pluridisciplinaire en vue de poser un diagnostic précis</p>	<p>Bilan d'investigation</p>	<p>Le compte rendu de bilan établi indiquant le diagnostic et les propositions de traitement par l'orthophoniste est adressé au prescripteur.</p>

SYNTHÈSE DES ÉCHANGES

Questions de la profession

2 - Guide de prescription d'un acte orthophonie

Une première version du guide de prescription des actes d'orthophonie a été diffusé mi-février afin de rappeler aux médecins les libellés et mentions nécessaires pour prescrire des soins orthophoniques.

Les retours de la profession sont mitigés : le document est peu adapté à leur pratique, les médecins risquent de ne pas l'utiliser.

Les orthophonistes estiment que l'essentiel porte sur la clarté des libellés, les autres mentions figurant déjà dans les ordonnances standard. Ils proposent la mise en place rapide d'un groupe de travail pour corriger et simplifier le document.

La section sociale précise que des guides similaires existent pour d'autres professions et fonctionnent bien, d'où l'importance de conserver une trame harmonisée.

Il est convenu d'organiser un temps de travail dédié.

QUESTIONS DE LA PROFESSION

- *Quid de la CSS qui n'est plus valable (ce dont on ne nous a pas informé) à la date de facturation : lorsque la CSS est valable à la date de l'ordonnance, la CPAM nous règle quand même ?*
- *Où trouver les informations dotation globale/partielle pour les EPHAD ? La question concerne Bonnière St Aldric.*
- *Pour les ALD : comment savoir si la demande a été faite ? Si demande a été envoyée la veille par exemple et non visible sur la carte vitale est-ce qu'on peut facturer ? Est-ce que c'est rétroactif?*

SYNTHÈSE DES ÉCHANGES

Questions de la profession

3 – Quid de la CSS qui n'est plus valable (ce dont on ne nous a pas informé) à la date de facturation : lorsque la CSS est valable à la date de l'ordonnance, la CPAM nous règle quand même ?

La **section sociale** partage la réponse du service : pour des soins d'orthophonie prescrits, la date d'appréciation pour des droits à la C2S est la date de prescription. Si le patient bénéficie de la C2S à cette date, les soins sont pris en charge au titre de la C2S pendant toute la durée de la prescription.

4- Où trouver les informations dotation globale/partielle pour les EHPAD ? La question concerne Bonnière St Aldric

La **section sociale** explicite que les EHPAD fonctionnent soit en dotation partielle, soit en dotation globale :

- En dotation globale, l'EHPAD finance davantage de soins sur son propre budget.
- En dotation partielle, il en finance moins.

Les professionnels de santé n'ont pas accès directement à cette information. La seule solution est de demander à l'EHPAD à qui facturer : soit via la carte Vitale du résident, soit directement à l'établissement.

Même si le patient se déplace au cabinet, son statut de résident d'EHPAD ne change pas les modalités de facturation.

En cas d'erreur (ex. facturation via carte Vitale alors que l'EHPAD devait régler), l'Assurance Maladie se retourne contre l'EHPAD. L'orthophoniste n'est pas tenu responsable en cas de double prise en charge.

SYNTHÈSE DES ÉCHANGES

Questions de la profession

5- Pour les ALD, comment savoir si la demande a été faite ? Si la demande a été envoyée la veille par exemple et non visible sur la carte vitale, est-ce qu'on peut facturer ? Est-ce rétroactif ?

Les demandes d'ALD sont instruites par le service médical puis validées administrativement. Elles ne sont pas accordées automatiquement. Il ne faut facturer à 100 % en ALD que lorsque l'accord est confirmé (courrier ou mention visible sur la carte Vitale). La prescription doit être en lien avec l'ALD.

L'accord de l'ALD est notifié sous 1 à 2 jours lorsqu'elle est faite sous téléservice. Il est bien sûr plus long si la demande se fait en version papier en raison des délais postaux.

À la question de la facturation rétroactive, **la section sociale** précise que cela est possible si les dates de soins réalisés correspondent à la période d'ALD accordée.

En cas d'erreur de facturation initiale, une réclamation via Récla PS peut être effectuée pour ajuster le taux de remboursement.

À la question de la facturation quand l'ALD est obtenue en cours de traitement, **la section sociale** recommande de faire la demande ALD dès le début des soins. Le motif de l'ALD ne peut être obtenu via Ameli pro. Il convient de contacter le médecin prescripteur pour renouveler la prescription en bizoné.

POINTS DIVERS

L'Assurance Maladie vous informe

Le message ne s'affiche pas correctement ? [Cliquez ici](#)



 amelipro

Madame, Monsieur,

La campagne de saisie des indicateurs 2025 pour le Forfait d'Aide à la Modernisation et l'Informatisation du cabinet professionnel (FAMI) a démarré pour les Orthophonistes.

Du 12 janvier au 02 mars 2026 minuit, vous pouvez renseigner vos indicateurs déclaratifs via la rubrique « Ma convention » de votre compte amelipro.

[Déclarer mes indicateurs sur amelipro](#)

Cordialement,
Votre correspondant de l'Assurance Maladie

Besoin d'aide ?

Le [guide méthodologique FAMI](#), le [formulaire FAMI](#) et le [guide d'aide à la saisie des indicateurs du FAMI](#) sont à votre disposition pour faciliter votre déclaration.

SYNTHÈSE DES ÉCHANGES

La section sociale fait un petit rappel sur la saisie des indications FAMI. La campagne de saisie des indicateurs du FAMI est ouverte du 12 janvier au 2 mars à minuit, et sont à renseigner sur Ameli Pro.

La section professionnelle demande s'il serait possible de recevoir les slides et supports sous 15 jours, et de procéder à une validation par mail, afin d'accélérer la diffusion des informations aux collègues.

La section sociale va faire le point sur les possibilités offertes par le règlement intérieur, et se renseignera auprès des autres caisses régionales sur leurs pratiques.

La section sociale reconnaît que ça n'a pas de sens d'attendre l'approbation du procès-verbal pour transmettre l'information. Une solution sera apportée.

7.

CALENDRIER DES COMMISSIONS 2026



DATE DE LA PROCHAINE COMMISSION

La prochaine commission est fixée au :
Vendredi 11 septembre 2026 à 14h00