

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Organisation

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Pôle accès territorial aux soins

Caisse nationale de l'assurance maladie

*Direction déléguée à la gestion
et à l'organisation des soins*

Département des professions de santé

Instruction n° DGOS/DIR/CNAM/2019/218 du 9 octobre 2019 portant dispositions et modalités d'accompagnement à proposer aux porteurs de projets des communautés professionnelles territoriales de santé

NOR : SSAH1929110J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le vendredi 27 septembre 2019. – Visa CNP 2019-85.

Catégorie : directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : cette instruction/lettre-réseau, conjointe avec l'assurance maladie, fait suite à l'approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé.

Elle détermine les principes et les attendus de l'accompagnement proposé aux porteurs de projets de CPTS par les agences régionales de santé et l'assurance maladie, ainsi que les modalités du travail en commun entre ces deux réseaux et avec leurs partenaires, et éclaire la mise en œuvre opérationnelle de l'accord conventionnel interprofessionnel.

Mots clés : CPTS – exercice coordonné – accord conventionnel interprofessionnel – ingénierie territoriale.

Références :

Articles L. 1434-12 et L. 1434-13 du code de la santé publique ;

Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019.

Annexes :

Annexe 1. – Accord conventionnel interprofessionnel du 20 juin 2019.

Annexe 2. – Liste des organisations syndicales signataires.

Annexe 3. – Fiche signalétique CPTS.

Annexe 4. – Note de présentation de l'accord.

Annexe 5. – Support de présentation de l'accord.

La ministre des solidarités et de la santé et le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de santé; Mesdames et Messieurs les directeurs des caisses primaires d'assurance maladie.

Compte tenu des fortes tensions qui s'exercent sur le système de santé, la stratégie Ma Santé 2022 a pour objectif la mise en place de mesures structurelles pour répondre aux enjeux d'accès aux soins et de qualité des prises en charge des patients. Le développement et la généralisation de l'exercice coordonné des professionnels de santé, et la structuration de leur partenariat avec l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux du territoire, constituent l'une des réponses à cet enjeu.

Cette stratégie confie aux professionnels de santé la responsabilité de s'organiser entre eux pour apporter une réponse collective aux besoins de santé de la population de chaque territoire. Ce niveau de coordination à l'échelle des territoires (coordination territoriale) correspond au déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sur tout le territoire national¹ notamment pour favoriser l'accès aux soins, la réponse aux demandes de soins non programmés et la prévention, renforcer la coordination entre acteurs de santé, contribuer à l'amélioration des parcours de santé et éviter les ruptures de parcours, favoriser le maintien à domicile des patients, améliorer les conditions d'exercice des acteurs de santé. Les agences régionales de santé et l'assurance maladie doivent accompagner conjointement cette évolution.

Cette coordination territoriale est complémentaire au développement des maisons et centres de santé, qui favorisent la coordination de proximité autour d'une même patientèle (coordination clinique), et qui fait l'objet d'un soutien conventionnel depuis 2015.

De son côté la loi du 24 juillet 2019 donne au directeur général de l'ARS la responsabilité de valider le projet de santé des CPTS, sous le régime de la non opposition dans un délai de deux mois après leur transmission par les professionnels de santé.

L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) en faveur du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019² entre les représentants de l'ensemble des professions de santé (liste jointe en annexe 2), les organisations représentatives des centres de santé et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie a pour objectif d'apporter un financement pérenne aux communautés professionnelles, afin de les soutenir au mieux dans l'organisation des réponses qu'elles apportent aux besoins de santé de la population au sein des territoires.

De nombreux projets de CPTS émergent ces derniers mois sur les territoires à l'initiative des professionnels de santé. Ces projets sont constitués en fonction des collaborations d'ores et déjà existantes, des flux et mobilités des patients, et ils s'organisent autour de missions définies en fonction des besoins du territoire.

Le soutien apporté aux porteurs de projet par les deux réseaux des agences régionales de santé et de l'assurance maladie (régime général et Mutualité sociale agricole) doit permettre de faciliter la construction de leurs projets de santé jusqu'à leur validation puis leur adhésion à l'ACI permettant un financement pérenne des différentes missions choisies par les communautés professionnelles. Ce soutien devra être visible et accessible aux professionnels de santé; vous vous appuyerez utilement sur le guichet unique à cette fin.

La présente instruction n'a pas pour objet de détailler ou d'explicitier les dispositions de l'accord conventionnel. Celles-ci sont reprises dans les documents joints en annexe et il convient de s'y référer pour les questions concrètes relatives à la mise en œuvre de l'accord. L'objet de cette instruction/lettre-réseau est d'éclairer les conditions de sa mise en œuvre, et notamment la mobilisation attendue des agences régionales de santé et du réseau de l'assurance maladie pour le déploiement rapide des CPTS.

I. – LES ÉTAPES DE LA CONSTITUTION D'UNE CPTS ET LE SOUTIEN ATTENDU DES POUVOIRS PUBLICS

Les pouvoirs publics doivent être en mesure de soutenir activement les porteurs de projets à toutes les étapes de la création d'une CPTS. Cet accompagnement devra être organisé au niveau régional et départemental et reposer sur l'association étroite, à chaque étape, des réseaux de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé et de la Mutualité sociale agricole lorsqu'elle est impliquée dans l'accompagnement d'une CPTS.

¹ Comme rappelé dans l'accord cadre interprofessionnel (ACIP) signé le 10 octobre 2018 (JO 7 avril 2019) entre l'Union nationale des professions de santé et l'UNCAM.

² Arrêté du 21 août 2019, publication au JO du 24 août 2019.

1. Favoriser l'émergence des CPTS en adaptant la démarche aux territoires

Trois types d'accompagnement peuvent être mis en place selon les situations rencontrées sur le territoire :

- accompagnement des porteurs de projet qui se seront manifestés spontanément (voir II.2 *infra*);
- accompagnement des CPTS déjà constituées en vue de faciliter leur adhésion à l'accord conventionnel interprofessionnel: il est nécessaire pour les agences régionales de santé et le réseau de l'assurance maladie (régime général et régime agricole) d'accompagner, le cas échéant, les représentants de la CPTS vers un ajustement du projet de santé et des missions envisagées pour qu'ils soient en cohérence avec les dispositions prévues par l'accord conventionnel interprofessionnel;
- accompagnement des territoires dits « atones »: sans projets à ce stade pour lesquels l'identification d'un ou plusieurs leaders nécessitera une démarche proactive. À cette fin, il est demandé aux agences régionales de santé et au réseau de l'assurance maladie, régime général en association avec la mutualité sociale agricole, d'identifier, ensemble, dans chaque région, les territoires atones, de s'organiser sur les modalités de pilotage des démarches d'animation territoriale et de prospection pour chacun d'entre eux et de désigner, le cas échéant, un acteur plus particulièrement responsable (délégation départementale de l'ARS, caisse primaire d'assurance maladie, caisse de la MSA, partenaire ou prestataire...). Cet accompagnement pourra plus facilement être mis en place lorsque l'on pourra déjà s'appuyer sur le bon fonctionnement et les réalisations des communautés professionnelles dans d'autres territoires et susciter ainsi des vocations de porteurs de projets dans ces territoires « atones ».

2. Répondre rapidement aux porteurs de projet, les informer et débiter l'accompagnement

Dès qu'un porteur de projet est identifié ou se manifeste, l'acteur public contacté devra informer sans délai ses partenaires (ARS et Mutualité sociale agricole – MSA par exemple, si le contact est pris auprès de la CPAM, ou réciproquement) et lui proposer une première rencontre au plus tard dans les 15 jours. Ce premier rendez-vous sera l'occasion, outre la première prise de contact, d'informer le porteur de projet sur les étapes à venir, ainsi que sur les outils et moyens mis à disposition pour l'accompagnement à la création d'une CPTS: dès cette étape, il est souhaitable de proposer aux porteurs de projets un accompagnement par le binôme ARS – assurance maladie et des outils d'aide au diagnostic territorial, notamment pour les aider dans la rédaction de la lettre d'intention. Une indemnisation pour le temps consacré par les leaders professionnels peut également dans certains cas leur être proposée, sans pour autant financer à ce stade un temps de consultant ou de coordonnateur.

3. Valider la lettre d'intention

Pour pouvoir bénéficier d'un soutien financier et opérationnel sur l'élaboration du projet de santé, le porteur de projet sera invité à formuler une lettre d'intention retraçant les grandes lignes de sa démarche.

Les porteurs de projets devront notamment y préciser le territoire envisagé, les premiers éléments de diagnostic, les acteurs et partenaires déjà associés au projet de CPTS et ceux qu'il est envisagé d'associer à l'avenir, ainsi que les principales orientations proposées pour le projet de santé.

Il n'est pas demandé aux porteurs de projet de détailler dès le stade de la lettre d'intention le contenu de chacune des missions socles prévues dans l'accord conventionnel interprofessionnel: la phase suivante d'élaboration du projet de santé leur permettra de préciser le détail des missions et actions prévues. Ils devront toutefois s'engager explicitement à initier un travail sur ces missions pendant la phase d'amorçage et à les prendre en compte dans leur projet de santé.

Il revient à chaque région de déterminer la façon dont les partenaires régionaux et départementaux (conseils départementaux et régionaux, les unions régionales de professionnels de santé [URPS], fédérations des maisons de santé pluri professionnelles [MSP], usagers...) sont associés à l'examen des lettres d'intention afin de pouvoir échanger sur les projets présentés. *In fine*, la décision de validation doit néanmoins être prise conjointement entre l'ARS et l'assurance maladie.

4. Soutenir l'amorçage du projet

La validation de la lettre d'intention a pour effet de conférer au projet de CPTS un caractère officiel. Ce projet peut alors être porté à la connaissance des professionnels de santé du territoire susceptibles de le rejoindre par l'ARS et l'assurance maladie. À ce titre, l'existence du projet de CPTS fera l'objet d'une communication sur le site de l'agence régionale de santé, de la CPAM et de la caisse de la MSA, en indiquant les informations fournies dans le modèle de fiche signalétique

associée à la lettre d'intention (annexe 3), et pourra être communiquée aux professionnels de santé rencontrés notamment par la CPAM *via* ses délégués de l'assurance maladie, ou lors des rendez-vous d'installation.

À partir de la validation de la lettre d'intention, les porteurs de projets vont pouvoir bénéficier du soutien conjoint des réseaux ARS-assurance maladie. Un financement peut leur être attribué par l'Agence régionale de santé sur son Fonds d'intervention régional (FIR) afin de soutenir le travail de rédaction du projet de santé. Le montant de ce financement est adapté en fonction du contexte, et notamment de la taille de la CPTS. Il doit être attribué sur une base annuelle, reconductible sous conditions, et permettre en principe le recrutement dès cette étape d'un coordinateur en appui au porteur de projet. L'assurance maladie (régime général et régime agricole) et l'agence régionale de santé peuvent soutenir logistiquement l'organisation d'événements par le porteur de projets pour faire connaître le projet et fédérer d'autres acteurs autour dudit projet (mise à disposition de locaux, relai de l'information *via* les outils de communication institutionnels, etc.).

5. Accompagner la rédaction du projet de santé et des statuts en s'attachant à la prise en compte des missions prioritaires de l'ACI dès ce stade

Les porteurs de projets pourront se voir fournir des éléments diagnostics et statistiques notamment sur la population du territoire, l'offre de soins, la consommation et la production de soins. Ces éléments sont susceptibles de les éclairer dans la rédaction de leur projet de santé : le but est d'étayer la conception et la mise en œuvre des missions choisies par la CPTS, en particulier des missions prioritaires prévues par l'ACI, et non d'établir un diagnostic exhaustif des besoins de santé du territoire.

Il est recommandé d'organiser un rendez-vous de suivi conjoint par l'ARS et l'assurance maladie (régime général et régime agricole) au plus tard six mois après l'attribution du financement d'amorçage (*cf. supra*).

6. Valider le projet de santé

L'article L. 1434-12 du code de la santé publique prévoit que le projet de santé des CPTS soit transmis à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé « est réputé validé, sauf si le directeur général de l'agence régionale de santé s'y oppose dans un délai de deux mois en se fondant sur l'absence de respect des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 ou sur la pertinence du territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé ».

Le projet de santé doit être adressé au directeur général de l'ARS par voie postale afin d'éviter les contentieux ultérieurs sur la date de transmission. L'examen du projet de santé sera effectué en lien étroit entre l'ARS et l'assurance maladie. Il devra se fonder plus particulièrement sur les critères suivants.

6.1. La pertinence du territoire

Le territoire pertinent d'une CPTS est avant tout le « territoire vécu » et qui a du sens pour les professionnels de santé et la population : il se définit en fonction de l'envie des acteurs de travailler ensemble et en cohérence avec les parcours effectifs des patients. L'élaboration d'une cartographie au niveau régional peut permettre de guider les professionnels de santé et de prévenir aussi bien les « zones blanches » (zones sans projet de CPTS) que les chevauchements territoriaux entre projets concurrents, mais ne pourra constituer qu'un outil de référence, à valeur indicative, et non un document de planification des CPTS.

Un seul projet de santé de CPTS pourra être approuvé sur un territoire donné, afin de garantir une organisation territoriale lisible pour la population pour les professionnels et les partenaires.

En cas de concurrence de plusieurs projets sur un même territoire, il est nécessaire d'accompagner les porteurs de projets, soit vers une réunion dans un projet commun, soit vers une évolution de leurs périmètres territoriaux respectifs. Le recours à la médiation des représentations professionnelles (URPS en particulier) peut s'avérer utile. Par ailleurs, même si un seul projet de CPTS peut être approuvé par territoire et même si une CPTS doit mettre en œuvre par elle-même les missions socles définies par l'ACI, certains moyens peuvent être mutualisés entre CPTS pour réaliser ces missions.

6.2. La cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS)

Les PRS ont parmi leurs objectifs de garantir à la population l'accès à une offre de santé adaptée à ses besoins, au plus près de son domicile, et de faciliter les parcours de santé.

Les CPTS s'inscrivent pleinement dans cette démarche puisqu'elles ont notamment pour objectifs d'améliorer l'accès aux soins, la santé de la population (prévention, actions de santé publique), le parcours de santé et la coordination sur le territoire, les conditions de travail des professionnels de santé et la satisfaction du faire ensemble.

Pour réaliser cette ambition, il est nécessaire que les CPTS aient une composition pluri-professionnelle la plus large possible. À cet égard il convient, dans la validation du projet de santé, de prêter une attention particulière aux points suivants :

- la dynamique de la CPTS est inclusive, c'est-à-dire que celle-ci est ouverte à toutes les catégories de professionnels de santé (médecins généralistes et d'autres spécialités, autres professions médicales, pharmaciens, paramédicaux etc.), et quel que soit leur mode d'exercice. Cette exigence est reflétée par les statuts de la CPTS et la méthode d'élaboration du projet de santé.

Elle s'applique également aux outils déployés, par exemple les plateformes numériques de mise en relation, qui doivent être ouvertes à tous les effecteurs sans exclusion liée à leur statut juridique ou professionnel³. Elle se matérialise par des démarches entreprises ou prévues par les porteurs de projets à destination de l'ensemble des professionnels de santé de leur territoire pour les informer du projet ;

- la CPTS est pleinement inscrite dans son environnement. Le projet de santé identifie l'ensemble des acteurs de santé du territoire (équipes de soins primaires ou spécialisées, établissements de santé publics ou privés, établissements et services sociaux et médico-sociaux, dispositifs d'appui à la coordination, etc.). Les acteurs indispensables à la mise en œuvre de chacune des missions projetées (ex. : service d'accueil des urgences (SAU) s'agissant des soins non programmés) sont parties prenantes au projet de santé, que ce soit par le biais d'un partenariat formalisé ou d'une participation directe à la gouvernance de la CPTS. À ce titre, s'il ne peut pas être exigé de chaque CPTS qu'elle intègre dès le départ au sein de ses membres ou partenaires, des personnes morales (établissements de santé ou médico-sociaux), il ne pourra en revanche pas être validé de projet excluant *a priori* ce type d'organisation ;

Le projet de santé proposé est global, c'est-à-dire qu'il embrasse plusieurs thématiques, et concerne des problématiques reconnues par le maximum d'acteurs sans se restreindre à une filière ou à un type de publics. Si l'utilisation d'outils numériques de coordination est nécessaire à l'exercice de ses différentes missions, une CPTS ne peut être construite uniquement autour d'un outil numérique ni même autour d'une organisation de télémedecine ;

- enfin, les missions prioritaires définies dans l'accord conventionnel interprofessionnel (accès aux soins, organisation des parcours de santé, prévention) devront figurer explicitement dans le projet de santé : en effet, les CPTS ont vocation à adhérer à l'ACI dans un délai rapide à l'issue de cette validation du projet de santé. Cela appelle à une association étroite de l'assurance maladie, et le cas échéant du régime agricole, à la décision de validation du projet de santé par l'ARS.

7. Contractualiser l'adhésion à l'ACI

Les communautés professionnelles territoriales de santé éligibles à l'ACI sont celles qui ont élaboré un projet de santé validé par l'ARS.

Dès l'approbation du projet de santé, une nouvelle rencontre (faisant suite aux échanges ayant déjà eu lieu depuis le dépôt de la lettre d'intention *cf. infra*) est organisée entre l'agence régionale de santé, la caisse d'assurance maladie, le cas échéant la caisse locale MSA, et les représentants de la CPTS pour étudier les conditions de son adhésion.

Afin de préparer cette rencontre tripartite, les représentants de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie doivent préparer de manière conjointe les éléments constitutifs du contrat qui seront présentés aux représentants de la CPTS. De manière générale, toute rencontre avec les représentants de la CPTS pendant la vie du contrat doit être préparée en amont entre les 2 réseaux ARS et assurance maladie, en associant la MSA dès lors qu'elle a été impliquée dans l'accompagnement de la CPTS.

Après échanges avec la CPTS, et dès consensus entre les trois parties signataires du contrat autour des termes du contrat (adaptation du contrat national prévue en annexe 1 de l'ACI aux paramètres locaux : taille, choix des missions, calendrier de démarrage des missions, objectifs fixés, indicateurs de suivi et de résultats, etc.), la signature du contrat est possible.

Les CPTS déjà constituées à la date de l'accord doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement, afin de leur permettre d'adhérer rapidement à l'ACI. Des échanges doivent donc être organisés

³ Ceci est essentiel pour prévenir les risques de compérage voire de détournement de patientèle.

pour les conduire à ajuster, le cas échéant, leur projet de santé en fonction des missions-socles définies dans l'ACI. Une équipe professionnelle qui refuserait catégoriquement cette perspective n'a pas vocation à conserver l'appellation CPTS. Il convient alors soit de cesser de la soutenir, soit de l'accompagner vers une autre structuration et d'autres lignes de financement en fonction de sa composition et de son projet (équipe de soins primaire, équipe de soins spécialisée, association de prévention...).

8. Au fil de ces différentes étapes, la politique d'accompagnement des porteurs de projets devra respecter un certain nombre de principes transversaux

Les décisions des pouvoirs publics (validation de la lettre d'intention, du projet de santé, adhésion à l'ACI) devront découler d'une analyse rigoureuse et circonstanciée de la qualité et de la maturité du projet proposé : il ne saurait y avoir de « politique du chiffre » en matière de CPTS.

Les exigences à l'égard de chaque CPTS devront être graduelles, la mise en œuvre d'un projet de santé étant nécessairement progressive et évolutive. À titre d'exemple, si une large représentation pluri-professionnelle et pluri-spécialités constitue un objectif central de toute CPTS, celui-ci peut être atteint progressivement à mesure de la montée en charge de la CPTS et en fonction des dynamiques locales. Une représentation significative des acteurs de soins primaires dans leur diversité doit cependant être requise dès la phase initiale du projet, ne serait-ce que pour pouvoir remplir les missions attendues des CPTS. Cette approche progressive peut également concerner le périmètre territorial d'une CPTS, qui peut être amené à évoluer en fonction de sa montée en charge.

L'accompagnement proposé doit respecter l'autonomie des acteurs professionnels, qui demeurent à l'initiative de la CPTS et décisionnaires en matière de fonctionnement, d'organisation et de gouvernance.

Si les partenaires professionnels (URPS, fédérations) ont un rôle important à jouer en termes de médiation, d'animation et d'appui aux porteurs de projet, il ne saurait leur être délégué de fonction décisionnaire (validation des lettres d'intention, des projets de santé, contractualisation...). La fonction de régulation doit rester l'apanage des institutions.

II. – MISE EN ŒUVRE DU CONVENTIONNEMENT AVEC L'ASSURANCE MALADIE

Le contrat tripartite proposé aux communautés professionnelles reflète la volonté des représentants des professionnels de santé et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'être au plus proche des territoires et ainsi de répondre aux problématiques rencontrées par la population et par les acteurs en santé.

Par conséquent, le contrat type national figurant dans l'accord conventionnel interprofessionnel laisse une très grande place à l'adaptation locale.

Cette individualisation du contrat doit être réalisée de façon concertée entre les trois parties prenantes au contrat que sont la communauté professionnelle territoriale de santé, l'agence régionale de santé et la caisse primaire d'assurance maladie. La Mutualité sociale agricole peut être associée à cette concertation.

Les CPTS ayant conclu le contrat défini dans l'ACI peuvent bénéficier d'un financement complémentaire sur le FIR pour des missions complémentaires à celles définies dans l'ACI.

1. Des rencontres régulières entre les parties prenantes du contrat

Afin de faciliter la co-construction multi-partenariale et faire vivre le contrat, des rencontres régulières entre les représentants de la communauté professionnelle, l'agence régionale de santé et l'assurance maladie (régime général et Mutualité sociale agricole dès lors qu'elle a été impliquée dans l'accompagnement de la CPTS) doivent être organisées tout au long de la vie du contrat dans le prolongement de la coopération établie à la phase de construction du projet de santé.

Une réunion portant sur la définition des modalités du contrat avant la signature effective du contrat (*cf.* II.7 *supra*).

Des réunions régulières de suivi :

- des échanges réguliers (mails, audio, vidéo-conférences) tout au long de l'année, organisés à l'initiative des acteurs professionnels (besoin de faire le point, évolution du projet de santé de la communauté, évolution de la taille de la CPTS, besoin d'un accompagnement particulier, difficultés dans la construction et la réalisation de leurs missions par exemple), ou à l'initiative de l'agence régionale de santé ou de la caisse d'assurance maladie afin de faire le point sur le déploiement des missions retenues par la communauté ;
- une réunion annuelle de suivi et d'évaluation des missions de la CPTS dans un délai de deux mois suivant la date anniversaire du contrat : cette rencontre doit permettre aux parties au

contrat de s'accorder sur l'intensité des moyens engagés dans la réalisation des missions, et également sur les taux d'atteinte des indicateurs préalablement fixés (indicateurs de résultats déclenchant une partie du financement).

À la suite de ces différents échanges, il peut apparaître la nécessité de revoir les termes du contrat initial. Dans ce cas un avenant au contrat peut être signé à tout moment.

Il est rappelé que chaque réunion tripartite doit être précédée d'un échange préparatoire bilatéral entre l'agence régionale de santé et la caisse d'assurance maladie, et le cas échéant la Mutualité sociale agricole, afin de pouvoir tenir une position commune et concertée devant les représentants des communautés professionnelles.

2. Principes du contrat

Le contrat conclu sur la base du contrat type national défini à l'annexe 1 de l'ACI des CPTS doit respecter les principes suivants :

- un contrat individualisé pour chaque communauté : chaque territoire ayant ses propres caractéristiques (prévalence de certaines maladies, caractéristiques sociodémographiques de la population, présence d'acteurs spécifiques, membres de la communauté, etc.), les contrats des communautés professionnelles d'un même département n'ont pas vocation à être similaires, même si des projets peuvent être menés en commun entre plusieurs CPTS (mutualisation de systèmes d'information, organisation des médecins spécialistes à l'échelle de plusieurs CPTS, partenariat avec les établissements de santé...);
- un contrat souple et flexible : le contrat a vocation à tenir compte du délai nécessaire aux acteurs pour construire et déployer les missions prévues par l'ACI. Il doit également tenir compte de la montée en charge progressive des communautés elles-mêmes et de la mise en œuvre progressive de leurs missions. À cette fin, des avenants au contrat initial peuvent être conclus.

3. Individualisation du contrat et des indicateurs

Plusieurs indicateurs dits nationaux (pour la mission accès aux soins) sont listés dans l'accord conventionnel interprofessionnel. Ces indicateurs seront suivis au niveau national et devront figurer en tant qu'indicateurs de suivi au sein des contrats avec chaque CPTS. Toutefois, il est laissé à l'appréciation des signataires des contrats de retenir ou non ces indicateurs en tant qu'indicateurs de résultats, c'est-à-dire en tant qu'indicateurs dont le taux d'atteinte aura un impact pour le calcul de la part variable du financement (part variable de l'enveloppe consacrée à la valorisation des missions).

Les indicateurs prévus au contrat doivent être choisis et définis conjointement entre les 3 parties signataires selon les principes suivants :

- indicateur mesurable : il est primordial de s'assurer des moyens de mesures de l'indicateur retenu puisque ce dernier sera évalué régulièrement;
- indicateur avec un potentiel de progression tout au long du contrat, dans le cas où l'objectif fixé dans le contrat le permet;
- indicateur en lien direct avec les missions et les thèmes retenus dans le projet de santé des communautés professionnelles.

La détermination des taux d'atteinte des indicateurs doit quant à elle tenir compte de la montée en charge des communautés professionnelles. Cela peut se traduire par :

- une valorisation des moyens mis en œuvre plus importante au début de la mise en œuvre de la mission et une valorisation des résultats plus soutenue une fois la mission complètement déployée;
- une incitation à la progression : les parties signataires peuvent choisir de fixer des indicateurs annuels progressifs afin de valoriser chaque année les efforts progressifs fournis.

4. L'outil de suivi des contrats

Dès signature du contrat, les caisses primaires doivent saisir les informations administratives du contrat (territoire couvert, taille, membres de la communauté, date d'adhésion, missions, etc.) dans l'outil de suivi et de gestion des CPTS mis à disposition par la caisse nationale d'ici le mois d'octobre 2019.

Cet outil a été conçu pour permettre de :

- recenser le nombre de contrats signés : l'outil étant disponible sur un sharepoint partagé entre les caisses primaires d'assurance maladie et la Caisse nationale, les données seront donc accessibles au niveau national afin de réaliser des reportings de manière régulière, sans sollicitation des caisses primaires;

- gérer le contrat: l'outil permet d'afficher un état de déploiement des missions au regard du calendrier de déploiement fixé par l'art. 6 de l'ACI des CPTS.
Il permet également de saisir les missions retenues par les CPTS et les indicateurs de suivi et de résultats définis dans le cadre des réunions tripartites de suivi. La saisie de l'atteinte (ou non) des indicateurs au fur et à mesure de la vie du contrat est également possible;
- calculer les financements dus à la CPTS en fonction de la taille du territoire couvert, de la date de démarrage des missions et du taux d'atteinte des indicateurs de résultats (pour la part variable du financement). Il est également possible de gérer un échéancier des financements prévus par l'accord suivant la taille et la date de démarrage des missions de la communauté.

III. – LA MISE EN PLACE D'UNE STRATÉGIE DE COMMUNICATION, D'ANIMATION ET D'OUTILLAGE AU SERVICE DU DÉPLOIEMENT DES CPTS

Au-delà de l'accompagnement de chaque porteur de projet par les agences régionales de santé (ARS), le réseau de l'assurance maladie (direction de la coordination de la gestion du risque (DCGDR), caisse locale) et le réseau de la Mutualité sociale agricole, la réussite du déploiement des CPTS appelle la mise en place de stratégies régionales destinées à :

Convaincre les professionnels de santé de l'intérêt de ce nouveau mode d'organisation, pour leur exercice quotidien comme pour la qualité de suivi des patients

Il convient dans cette perspective de s'appuyer sur la mobilisation des corps intermédiaires (URPS, fédérations professionnelles...) qui constituent des ambassadeurs des CPTS, en veillant au caractère interprofessionnel de cette dynamique. Il sera également nécessaire de déployer des politiques de communication adaptées et privilégiant la parole des pairs et les exemples concrets de projets qui fonctionnent (« belles histoires »). La question de l'exercice coordonné au sens large et des CPTS en particulier pourra, enfin, être abordée à l'occasion des réunions ou rendez-vous d'aide à l'installation organisés dans certaines régions.

Animer et outiller des communautés de professionnels autour de la dynamique CPTS

Pour atteindre les objectifs arrêtés dans la contractualisation tripartite, les coordonnateurs et les leaders des CPTS ont tout intérêt à développer des compétences en termes, par exemple, de gestion de projet, d'accompagnement au changement ou encore de santé publique. Il s'agit pour eux également de s'approprier des outils et des dispositifs comme la télémédecine, développer des bonnes pratiques d'animation d'une CPTS, analyser leur démarche à partir de retours d'informations réguliers.

Pour cela, les agences régionales de santé (ARS), avec le réseau de l'assurance maladie et leurs partenaires professionnels (URPS, fédérations...) sont invitées à leur proposer de participer à des collectifs de coordonnateurs et de leaders de CPTS (aussi appelés clubs ou communautés) structurés autour d'une démarche de formation – action qui s'appuie sur une extension aux CPTS du programme PACTE soins primaires déjà mis en œuvre pour les coordonnateurs de MSP.

Cette démarche devra s'articuler avec les initiatives régionales sur des sujets comme les systèmes d'information partagée, les démarches qualité (SRA, Facilitateurs de la FFMPs...) ou la prévention (IRESp...).

Concernant le système d'information, les professionnels souhaiteront probablement échanger et partager entre eux et avec d'autres acteurs territoriaux (établissement ou structure de santé ou médicosocial(e), dispositif d'appui à la coordination...) des informations au sujet de certains patients pour organiser leur prise en charge ou sur leurs thèmes de travail.

Les services numériques de coordination⁴ (réseau social professionnel, service de partage d'agenda...) déployés régionalement *via* le programme E-parcours, permettent d'assurer la sécurité et la qualité du partage d'information entre professionnels de la CPTS, et avec leur environnement.

⁴ Les services numériques comprennent: le dossier de coordination, qui rassemble les informations nécessaires à la mise en œuvre de la coordination et s'appuie sur le DMP pour la restitution des données médicales de l'utilisateur et en lien avec l'espace numérique de l'utilisateur à terme; le réseau social professionnel, qui permet aux professionnels d'échanger en complément d'un service de messagerie sécurisée de santé et peut être utilisé au sujet d'un patient mais aussi d'une thématique de travail; le partage d'agenda et notamment la fédération d'agendas des professionnels afin de faciliter l'organisation des soins; la description de l'équipe de prise en charge, qui comprend l'ensemble des professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux; le plan personnalisé de santé, élaboré et mis à jour selon les besoins; les services de repérage et dépistage des situations de l'utilisateur en vue de son intégration dans un dispositif de coordination; le carnet de liaison/suivi de l'utilisateur et la gestion d'alertes, qui permet de signaler des événements imprévus aux professionnels de l'équipe de prise en charge; la gestion des orientations. Les ARS déploient par ailleurs des outils de pilotage des dispositifs qui peuvent intéresser les acteurs (exploitation de données, pilotage et reporting).

Ces services sont articulés avec le dossier médical partagé (DMP) et les messageries sécurisées de santé de manière complémentaire.

Dans le cas où une CPTS s'équiperait en dehors des outils régionaux, il est rappelé que tout outil de coordination doit respecter le cadre fixé par la doctrine technique du numérique en santé en terme de sécurité, d'interopérabilité et d'urbanisation régionale et nationale.

Promouvoir les CPTS auprès de leurs partenaires potentiels sur chaque territoire

Les CPTS sont des organisations récentes, dont l'objet et la fonction demeurent souvent mal compris des autres acteurs du territoire, qu'il s'agisse de la communauté hospitalière, des collectivités territoriales, ou du secteur médico-social.

Des démarches (supports de communication, séminaires, interventions, rencontres...) doivent être entreprises auprès de ces différents acteurs pour expliquer et promouvoir la dynamique CPTS, afin de faciliter la mise en place de partenariats à l'avenir sur chaque territoire.

IV. – L'ORGANISATION DES RÉSEAUX ASSURANCE MALADIE (RÉGIME GÉNÉRAL ET AGRICOLE) ET ARS POUR FACILITER LA DÉMARCHE DES PORTEURS DE PROJET

Les représentants de l'assurance maladie (DCGDR et caisse locale) et de l'ARS doivent être présents à toutes les étapes de la constitution et du suivi des communautés professionnelles territoriales de santé.

Certaines régions ont mis en place des instances régionales et locales regroupant les différents acteurs intervenant dans l'émergence et l'accompagnement des structures et organisations d'exercice coordonné.

Ce type d'organisations doit également être favorisé pour le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé, en s'appuyant sur les instances déjà existantes ou, le cas échéant, en instituant de nouvelles si aucune instance n'existe au sein de la région administrative.

Les instances régionales composées de représentants de l'assurance maladie (régime général et agricole) et de représentants de l'ARS pourront faire émerger une stratégie régionale d'accompagnement des CPTS déjà créées mais également adopter une stratégie commune pour favoriser l'émergence de nouvelles CPTS.

Cette instance permettra, par exemple, d'avoir un plan d'actions régional pour la couverture des zones dites « atones » (*cf. infra* II 1) et permettra en outre d'échanger sur les communautés professionnelles implantées sur des zones frontalières à plusieurs départements de la région.

Les instances départementales composées de représentants de l'assurance maladie (régime général et agricole) et de représentants de l'ARS pourront accompagner au plus près les projets du démarrage au suivi des indicateurs.

Les retours de terrain émanant des porteurs de projet pourront être partagés et des plans d'actions pourront être mis en place, le cas échéant.

Au sein du réseau de l'assurance maladie, il est proposé de s'appuyer notamment sur le binôme médico-administratif « Référent des organisations coordonnées », institué par la lettre réseau LR DDGOS 37-2019, qui devra être identifié en tant qu'interlocuteur privilégié de l'assurance maladie pour les porteurs de projet de CPTS.

Au sein du réseau de la Mutualité sociale agricole, il est proposé de s'appuyer sur le chargé de développement territorial santé, qui devra être identifié en tant qu'interlocuteur privilégié de la MSA pour les porteurs de projets de CPTS.

V. – DES OUTILS POUR FORMER ET ACCOMPAGNER LE DÉPLOIEMENT DES CPTS

1. Une offre de formation préparée conjointement pour faire évoluer l'accompagnement

L'exercice coordonné sous toutes ces formes (équipes de soins primaires – ESP, équipes de soins spécialisées – ESS⁵, MSP, commission des soins – CDS, CPTS) a vocation à se généraliser progressivement. Il est donc important que l'ensemble des représentants des réseaux assurance maladie (régime général et régime agricole) et ARS, qui sont amenés à échanger avec des acteurs de santé du territoire (professionnels de santé, structures d'exercice coordonné, structures et

⁵ Les ESS créées par la loi Santé relative à l'organisation et à la transformation du système de santé : ensemble de professionnels de santé constitué au tour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire.

services sanitaires et médico-sociaux, etc.) puissent disposer du niveau de connaissance suffisant pour répondre aux interrogations de ces acteurs en matière d'accompagnement du développement de l'exercice coordonné.

Il est donc proposé deux modules de formation à destination des représentants des réseaux de l'assurance maladie et des ARS en cohérence avec leur niveau d'implication et leur niveau initial de connaissances sur les thématiques de l'exercice coordonné :

- un module d'acculturation à l'exercice coordonné destiné au plus grand nombre et ayant pour objet de fournir des connaissances de base sur l'exercice coordonné et de son environnement (CPTS, équipes de soins primaires, maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé, quelques notions sur les hôpitaux de proximité, les dispositifs d'appui à la coordination...);
- des modules regroupant des connaissances plus avancées sur les thématiques des maisons de santé pluri-professionnelles et des centres de santé pourront être consultés par les personnes formées au module d'acculturation à l'exercice coordonné si elles souhaitent aller plus loin;
- ce module a vocation à permettre aux représentants des deux réseaux de répondre à des questions simples (de 1^{er} niveau) autour de l'exercice coordonné et des CPTS qui pourraient leur être posées par les acteurs en santé du territoire qu'ils sont amenés à rencontrer dans le cadre de leurs missions habituelles;
- un module avancé sur l'accord conventionnel interprofessionnel des CPTS: une journée de formation nationale sera organisée de manière commune pour le présenter aux référents régionaux des réseaux de l'assurance maladie, de la MSA, et de l'ARS désignés pour le suivi des CPTS, charge à eux de décliner la formation au niveau départemental.

2. Une boîte à outils adaptée à chaque acteur

Afin d'outiller au mieux les représentants des réseaux de l'assurance maladie, de la MSA, et des ARS pour l'accompagnement du déploiement des communautés professionnelles de santé, plusieurs outils sont proposés ci-dessous :

OUTILS À DESTINATION des acteurs en santé du territoire	OUTILS INTERNES PARTAGÉS entre l'ARS et l'assurance maladie	OUTILS INTERNES À L'ASSURANCE maladie (diffusion dans une instruction complémentaire)
- Le résumé de l'accord ACI CPTS avec une partie identification des interlocuteurs clés des porteurs de projet aux différentes étapes du parcours de l'élaboration du projet de CPTS (vademecum à compléter localement). - Outils de diagnostic territorial (<i>a minima</i> dans un premier temps: une mise à disposition de données de l'offre de soins et de la structure de la population du territoire, et des indicateurs d'accès aux soins et de santé (disponible d'ici fin octobre 2019). - Une synthèse de l'accord conventionnel interprofessionnel des CPTS qui pourrait être remise aux porteurs de projet souhaitant adhérer à l'accord conventionnel.	- Un diaporama de présentation de l'ACI. - Des modèles de kit d'organisation de l'accompagnement disponibles sur un sharepoint partagé entre les ARS, les DCGDR et les associations régionales des caisses de Mutualité sociale agricole. Des documents types élaborés par les différentes régions sont consultables: chartes, conventions avec les partenaires, contrats passés avec les consultants, modèles de statuts, compositions et missions des instances départementales et régionales, etc. - Une foire aux questions (FAQ) commune rédigée et alimentée par le ministère, la Cnam et la CCMSA. Cette foire aux questions compile les différentes réponses apportées aux sollicitations du réseau au travers des boîtes aux lettres génériques mises en place depuis l'été. - Un kit de communication pour répondre aux sollicitations des leaders CPTS lorsque ces derniers souhaitent la présence et la participation de l'ARS et de l'assurance maladie (régime général et agricole) à des réunions collectives de présentation d'un projet de CPTS. - Une fiche signalétique des CPTS destinée à être remplie par les porteurs de projet au stade de la lettre d'intention puis de la contractualisation ACI, afin de renseigner la communication sur le projet puis d'approvisionner l'outil de gestion et de suivi des contrats.	- Un argumentaire par type de missions prévues par l'ACI. - La synthèse des enquêtes de terrain auprès des CPTS: EQ marketing et synthèse des retours aux questionnaires terrain réalisés par plusieurs DCGDR/CPAM. - Un questionnaire pour permettre aux RPS/DAM de détecter les « potentiels professionnels de santé intéressés par la démarche CPTS ». - Un outil de suivi et de gestion des contrats CPTS.

Certains outils sont directement destinés aux acteurs en santé et peuvent être remis aux professionnels de santé intéressés.

D'autres outils ont été élaborés pour une utilisation interne des deux réseaux, ces outils peuvent être communs et partagés par les deux réseaux ou élaborés pour l'organisation interne de l'un des deux réseaux.

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,
KATIA JULIENNE

*La secrétaire générale des ministères
chargés des affaires sociales,*
SABINE FOURCADE

*Le directeur général de la Caisse nationale
de l'assurance maladie,*
NICOLAS REVEL

ANNEXE 1

ACCORD CONVENTIONNEL INTERPROFESSIONNEL DU 20 JUIN 2019

Accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé

Vu le code de la sécurité sociale et notamment ses articles L.162-14-1, L.162-14-1-2, L.162-14-2 et L.162-15,

Vu l'accord cadre interprofessionnel paru au *Journal officiel* le 7 avril 2019,

Il a été convenu ce qui suit entre:

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM),

Et:

Les organisations représentatives signataires du présent accord,

PRÉAMBULE

De fortes tensions s'exercent sur le système de santé: vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, tension démographique pour un certain nombre de catégories de professionnels de santé.

La mise en place de mesures structurelles s'avère nécessaire pour répondre aux enjeux d'accès aux soins et de qualité des prises en charge.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour reconnaître que le développement et la généralisation de l'exercice coordonné des professionnels de santé et plus généralement de l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux sur un territoire constituent un des leviers pour répondre à ces enjeux. Ce mode d'exercice permet de renforcer la prévention, l'efficacité et la qualité de la prise en charge des patients, de faciliter l'articulation entre les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux et l'ambulatoire pour assurer la continuité des parcours, de conforter l'offre de soins de premier et second recours, et enfin d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé.

Comme rappelé dans l'accord cadre interprofessionnel visé à l'article L.162-1-13 du code de la sécurité sociale signé le 10 octobre 2018, ce mode d'exercice peut prendre diverses formes: maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisés ou d'autres formes d'organisations pluri-professionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité, aux besoins de prise en charge des patients.

Cet exercice coordonné implique également que les professionnels de santé organisent à l'échelle de leur territoire une réponse collective aux besoins de santé de la population au sein des communautés professionnelles territoriales de santé.

Il convient de bien distinguer d'une part, la coordination clinique de proximité centrée sur le patient dont les vecteurs peuvent être des maisons de santé pluri-professionnelles, des centres de santé, des équipes de soins primaires, des équipes de soins spécialisés ou d'autres formes d'organisations pluri-professionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité, et d'autre part, la coordination à l'échelle des territoires porteuse d'une réponse collective aux besoins de santé de la population.

Ce niveau de coordination à l'échelle des territoires correspond aux missions que pourraient assurer les communautés professionnelles territoriales de santé permettant ainsi aux acteurs de santé d'un territoire de prendre l'initiative de s'organiser eux-mêmes afin d'améliorer la prise en charge de leurs patients et apporter un soutien aux professionnels dans leur exercice, faciliter les parcours de soins entre ville et hôpital (coordination territoriale d'appui), mobiliser les acteurs du maintien à domicile, communiquer auprès de la population et des acteurs de santé. Les communautés professionnelles territoriales de santé sont pilotées par les professionnels de santé.

Les politiques conventionnelles constituent un véritable levier pour accompagner les différents acteurs de l'offre de soins dans cette démarche que ces politiques soient menées dans un cadre mono-catégoriel ou interprofessionnel. L'objectif poursuivi est que, conformément aux termes de l'Accord cadre interprofessionnel (ACIP) signé le 10 octobre 2018, l'exercice coordonné se généralise afin de devenir le cadre de référence pour l'ensemble des professionnels de santé de ville à l'horizon 2022.

C'est dans ce cadre que les partenaires conventionnels s'accordent sur la mise en œuvre d'un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) en faveur de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé.

Article 1^{er}

Objet de l'accord conventionnel interprofessionnel

Les partenaires conventionnels souhaitent accompagner le développement de l'exercice coordonné des acteurs de santé au niveau de chaque territoire (professionnels de santé libéraux, établissements et organisations sanitaires, médico-sociaux, sociaux, etc.) pour améliorer l'accès, la qualité et l'organisation des soins dans leurs différentes dimensions : organisation de réponses aux besoins de soins notamment pour les soins non programmés, meilleure articulation entre les différents acteurs de santé entre le premier et le second recours par exemple, gestion de l'articulation ville et hôpital au moment de l'entrée et la sortie d'hospitalisation, maintien à domicile des personnes en situations complexes et des personnes âgées, développement des activités de prévention et de dépistage.

Les parties signataires s'accordent sur le fait que les communautés professionnelles territoriales de santé constituent un outil structurant de l'exercice coordonné pour les acteurs de santé qui prennent la responsabilité de s'organiser eux-mêmes afin de proposer une offre de soins adaptée aux besoins de la population de leur territoire. Ces communautés professionnelles ont vocation à rassembler l'ensemble des professionnels de santé de ville volontaires d'un territoire ayant un rôle dans la réponse aux besoins de soins de la population. C'est pourquoi elles s'organisent à l'initiative des professionnels de santé de ville, et peuvent associer progressivement d'autres acteurs de santé du territoire : établissements et services sanitaires et médico-sociaux et autres établissements et acteurs de santé dont les hôpitaux de proximité, les établissements d'hospitalisation à domicile, etc.

Elles souhaitent donc définir, par le présent accord, un cadre pérenne d'accompagnement et de financement des communautés professionnelles territoriales de santé permettant à celles-ci de mettre en place et de développer différentes missions en faveur de l'accès aux soins, de la qualité et de la fluidité des parcours de santé, de la prévention, de la qualité et l'efficience des prises en charge et d'une amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé.

Les partenaires conventionnels conviennent également que cet accord conventionnel interprofessionnel doit permettre de s'adapter aux spécificités de chaque territoire et de chacune des communautés professionnelles territoriales de santé afin de pouvoir répondre à ces différents enjeux. Ainsi, l'accord conventionnel national a vocation à définir le cadre et les grands principes des modalités de financement par l'assurance maladie des communautés professionnelles territoriales de santé : les missions privilégiées, les principes et les modalités d'organisation du contrat, le montant du financement adapté à la montée en charge progressive des communautés professionnelles. Il a vocation également à déterminer l'organisation des échanges et de la vie conventionnelle pour l'accompagnement et le suivi du déploiement des communautés professionnelles. Le contenu du contrat tripartite proposé aux communautés professionnelles territoriales de santé par les Agences régionales de santé et l'assurance maladie est élaboré de manière partenariale, au cas par cas, par les parties signataires dans le respect des principes posés par le présent accord et conformément aux dispositions du contrat type défini en annexe 1 du présent texte.

Il est ainsi défini au niveau de chaque territoire et comporte des dispositions individualisées sur les moyens engagés, les objectifs fixés et les conditions d'évaluation de l'impact des résultats obtenus.

Article 2

La complémentarité des différentes formes d'exercice coordonné

En cohérence avec les dispositions de l'accord cadre interprofessionnel signé le 10 octobre 2018, les partenaires conventionnels s'accordent pour reconnaître que l'exercice coordonné revêt deux dimensions : une coordination de proximité et une coordination à l'échelle des territoires. Ces différents niveaux de coordination, complémentaires l'un de l'autre, permettent l'existence de différentes formes d'organisations coordonnées susceptibles de proposer une prise en charge adaptée aux besoins des patients.

Article 2.1. La coordination organisée à l'échelle d'une patientèle

Les maisons de santé pluri-professionnelles, les centres de santé, les équipes de soins primaires, les équipes de soins spécialisés dont le cadre d'intervention est défini par le code de la santé publique ou d'autres formes d'organisations pluri-professionnelles apportent une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients.

Les maisons de santé pluri-professionnelles et les centres de santé disposent d'ores et déjà d'accords conventionnels spécifiques valorisant leurs actions en faveur de l'accès et de la coordination des soins.

Les autres formes de coordination pluri-professionnelle comme les équipes de soins primaires et équipes de soins spécialisés ou d'autres formes d'organisations moins formelles apportant également une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients ne disposent pas, à ce jour, de cadre conventionnel spécifique. Toutefois, une réponse à leurs besoins pour favoriser leur déploiement doit pouvoir être organisée.

En effet, les professionnels s'impliquant dans des organisations coordonnées de proximité ont nécessairement besoin de temps de coordination pour identifier et mettre en place les différentes actions en faveur d'une offre de soins mieux adaptée aux besoins des patients. Les partenaires conventionnels vont poursuivre leurs réflexions dans la perspective d'éventuels accords conventionnels pluri-professionnels ou dans le cadre des conventions mono-catégorielles, de manière à définir les conditions permettant de mieux prendre en compte cet engagement des professionnels de santé.

Article 2.2. La coordination organisée à l'échelle d'un territoire

Au-delà de la réponse apportée aux besoins des patients par les équipes coordonnées de proximité, les parties signataires s'accordent pour reconnaître la nécessité pour les acteurs de santé de s'organiser à l'échelle de chaque territoire pour apporter une réponse aux besoins de santé de la population dudit territoire. Ce niveau de coordination correspond pleinement aux missions que peuvent organiser les communautés professionnelles territoriales de santé qui constituent un outil structurant de l'exercice coordonné pour les acteurs de santé qui prennent la responsabilité de s'organiser eux-mêmes afin de proposer une offre de soins adaptée aux besoins de la population de leur territoire.

Le déploiement sur l'ensemble du territoire de ces communautés professionnelles implique qu'elles bénéficient d'un cadre d'accompagnement et de financement pérenne pour permettre aux équipes qui les constituent de mener leurs différentes missions en faveur de l'accès aux soins, de la qualité et la fluidité des parcours de santé, de la prévention, de la qualité et de l'efficacité des prises en charge et d'une amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé.

Pour mettre en place ces missions, les communautés professionnelles peuvent s'appuyer potentiellement sur l'ensemble des acteurs participant à la prise en charge des besoins de santé de la population sur le territoire. Selon les missions choisies, l'implication des différents acteurs sera variable en fonction des besoins identifiés.

Article 3

L'éligibilité des communautés professionnelles territoriales de santé au contrat conventionnel

Comme le définit l'article L. 1434-12 du code de la santé publique, la communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 (définissant l'organisation des soins de premier recours) et L. 1411-12 (définissant l'organisation des soins de second recours) et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

Les communautés professionnelles territoriales de santé qui sont éligibles au contrat défini à l'article 4 et à l'annexe 1 du présent accord sont celles qui répondent à cette définition et qui ont élaboré un projet de santé validé par l'Agence régionale de santé. La validation de ce projet de santé peut intervenir antérieurement ou postérieurement à l'entrée en vigueur du présent accord.

Pour élaborer ce projet de santé en cohérence avec le projet régional de santé, la communauté professionnelle doit établir un diagnostic territorial nécessitant d'examiner les données des caractéristiques de la population du territoire (sur l'offre de soins et les activités de soins, les flux de

patientèle, etc.). Ce diagnostic doit permettre d'identifier le territoire d'action de la communauté en cohérence avec celui des autres communautés, les besoins de la population, les actions à mettre en œuvre pour y répondre, etc.

Dans cette phase de diagnostic territorial et d'élaboration du projet de santé qui précède la phase de contractualisation prévue dans le présent accord, les communautés professionnelles peuvent bénéficier d'un accompagnement logistique et financier de différents acteurs. L'assurance maladie peut, dans ce cadre, apporter également un soutien logistique. Les pouvoirs publics veilleront à la cohérence sur le territoire des modalités d'accompagnement apportées aux différents projets de création de communautés professionnelles.

Toute communauté professionnelle territoriale de santé ayant un projet de santé validé par l'Agence régionale de santé peut souscrire au contrat défini dans le présent accord et ce quelle que soit sa forme juridique.

Le statut juridique sera choisi par la communauté professionnelle selon l'organisation qu'elle souhaite mettre en place tout en répondant aux critères suivants :

- garantie d'une pluri-professionnalité ;
- possibilité d'adhésion à la communauté des différentes catégories d'acteurs nécessaires à la réalisation des missions (personnes physiques ou morales) ;
- possibilité de recevoir les financements de l'assurance maladie et, le cas échéant, d'en effectuer une redistribution si besoin ;
- adaptation aux missions choisies ;
- possibilité de recruter du personnel pour le fonctionnement de la communauté.

Article 4

Les modalités de contractualisation

Les communautés professionnelles territoriales de santé ayant un projet de santé validé par l'Agence régionale de santé et souhaitant bénéficier du cadre d'accompagnement et de financement défini dans le présent accord doivent souscrire à un contrat tripartite avec l'Agence régionale de santé et l'assurance maladie dont les principes sont conformes au contrat type annexé au présent accord (missions privilégiées, modes et niveaux de financement possibles).

Lorsque le territoire d'une communauté professionnelle relève de plusieurs caisses d'assurance maladie (CPAM/CGSS), la compétence revient à celle du siège de la communauté professionnelle.

Au-delà des principes fixés dans le contrat type défini dans le présent accord, repris dans chaque contrat tripartite, ces derniers conclus entre chaque communauté professionnelle, Agence régionale de santé et caisse d'assurance maladie (CPAM/CGSS) doivent être élaborés de manière partenariale au niveau des territoires de manière à adapter, au plus près des besoins, les moyens engagés par la communauté professionnelle, les modalités de déploiement de ses missions, les objectifs fixés aux différentes missions choisies et les conditions d'évaluation de l'impact des résultats obtenus. Le contenu de chaque contrat est adapté régulièrement pour prendre en compte l'évolution de l'organisation de la communauté professionnelle et de ses missions. Cette faculté d'adaptation du contrat implique d'organiser régulièrement, au moins annuellement, des temps d'échanges entre les signataires du contrat.

Les communautés professionnelles territoriales de santé qui souhaitent adhérer au contrat tripartite en font la demande auprès de la caisse d'assurance maladie (CPAM/CGSS) en joignant les documents suivants :

- la copie du projet de santé validé par l'Agence régionale de santé ;
- les statuts de la communauté professionnelle ;
- les contours du territoire d'intervention de la communauté professionnelle ;
- la liste des membres de la communauté professionnelle avec leurs statuts : professionnels de santé libéraux, maisons de santé pluri-professionnelles, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisés, centres de santé, établissements (sanitaires et médico sociaux), services de santé et services sociaux, etc.

Le contrat tripartite est conclu pour une durée de 5 ans dans la limite de la durée de validité du présent accord conventionnel interprofessionnel.

Article 5

Les missions des communautés professionnelles territoriales de santé adhérentes au contrat

Les partenaires conventionnels se sont accordés sur un certain nombre de missions prioritaires dont il apparaît que le déploiement sur l'ensemble du territoire par les communautés professionnelles devrait avoir un impact sur l'amélioration de l'accès aux soins, de la fluidité des parcours des patients, et de la qualité et l'efficacité des prises en charge.

Le présent accord définit trois missions obligatoires (socles) et deux missions complémentaires (option).

Article 5.1. Les missions obligatoires (socles)

Article 5.1.1. Les missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins

Les partenaires conventionnels s'accordent sur le fait que l'un des objectifs majeurs de la mise en place des communautés professionnelles est de faciliter l'accès aux soins de l'ensemble de la population d'un territoire donné. Différentes actions et modes d'organisation peuvent être déployés par l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire pour faciliter l'accès aux soins et réduire les délais de prise en charge afin qu'ils soient adaptés aux besoins et à l'état de santé des patients. Ces actions et modes d'organisation peuvent impliquer l'ensemble des catégories de professionnels de santé. Les communautés professionnelles peuvent donc mettre en œuvre, en fonction des besoins identifiés sur le territoire, les actions qu'elles estiment adaptées pour répondre aux problématiques d'accès aux soins.

Dans le cadre du présent accord, les partenaires conventionnels estiment que l'ensemble des communautés professionnelles souscrivant au contrat conventionnel défini dans le présent accord ont vocation à favoriser l'accès aux soins au travers notamment des deux actions suivantes : faciliter l'accès à un médecin traitant et améliorer l'accès à des soins non programmés.

Faciliter l'accès à un médecin traitant

Un nombre important de patients rencontre des difficultés d'accès à un médecin susceptible d'assurer leur suivi au long cours en tant que médecin traitant. La communauté professionnelle correspond au bon maillage pour mettre en place une organisation facilitant la recherche d'un médecin traitant pour ces patients dans le respect du libre choix des patients et des médecins.

Pour répondre à cette mission, la communauté professionnelle pourrait mettre en place, en lien avec les acteurs du territoire concerné et notamment avec l'assurance maladie, une procédure de recensement des patients à la recherche d'un médecin traitant, d'analyse de leur niveau de priorité au regard de leur situation de santé et mettre en œuvre une organisation pour leur proposer un médecin traitant parmi les médecins de la communauté. Dans ce cadre, elle devrait porter une attention plus particulière à certains patients en situation de fragilité qui n'auraient pas de médecin traitant (en particulier, les patients en ALD, les patients âgés de plus de 70 ans, les patients en situation de précarité et/ou bénéficiant des dispositifs tels que la CMUC ou l'AME), pour lesquels l'absence de médecin traitant constitue une difficulté majeure en termes de suivi médical. L'assurance maladie accompagnera les communautés professionnelles dans cette démarche.

Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville

Les soins non programmés répondent souvent à une urgence ressentie qui ne relève pas médicalement de l'urgence et ne nécessite pas systématiquement une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences. Ces demandes de soins ont lieu le plus souvent pendant les heures d'ouverture des cabinets et la réponse actuelle est souvent peu adaptée au besoin.

Pour répondre aux besoins de soins non programmés de la population, l'organisation coordonnée pluri-professionnelle mise en place au niveau d'une communauté professionnelle apparaît particulièrement adaptée. Elle doit pouvoir proposer une organisation visant à permettre la prise en charge le jour-même ou dans les 24 heures de la demande d'un patient du territoire en situation d'urgence non vitale.

Cette mission implique à la fois les médecins de premier recours et de second recours, et également les autres professions de santé concernées par ces demandes de soins non programmés dans leurs champs de compétences respectifs. Le recours à des protocoles définis au sein de la communauté professionnelle peut permettre de répondre à ces demandes de soins non programmés.

Pour réaliser cette mission, la communauté professionnelle doit identifier les organisations déjà existantes et les carences pour définir des solutions d'organisation à mettre en place en fonction des

besoins identifiés lors du diagnostic territorial: à titre d'exemple, plages de soins non programmés à ouvrir par les médecins du territoire dans le cadre d'une régulation territoriale, rôle des maisons de garde hors organisation de la PDSA, accès simple à des examens de radiologie/biologie, accès à un second recours, mise en place de protocoles entre professionnels de santé, ou autres dispositions d'organisation propre aux professionnels du territoire.

Dans le cadre de cette organisation territoriale mise en place pour répondre aux besoins de soins non programmés, les communautés professionnelles ont la possibilité de mettre en place au profit des professionnels de santé impliqués, un dispositif de compensation financière en cas d'éventuelles pertes d'activité liées à l'organisation de soins non programmés. Le recours à un outil numérique ou relevant d'une autre forme de régulation, permettant notamment le partage d'agenda, l'orientation des patients et le partage d'information sur la prise en charge facilite la réalisation de la mission.

En outre, les communautés professionnelles ont la possibilité de mettre en place un dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés. Celui-ci doit comprendre *a minima* une orientation téléphonique par un personnel formé pour apprécier si la demande relève bien des soins non programmés, la prioriser par rapport aux autres demandes et mettre en contact le patient avec le professionnel de santé disponible et le plus proche. Cette organisation peut être mutualisée entre plusieurs communautés professionnelles. Dans le cas où une telle organisation est mise en place, la communauté professionnelle reçoit un financement dédié spécifiquement à cette mission (cf. article 8 de l'accord).

Développer le recours à la télésanté (télémédecine et télésoin)

Les partenaires conventionnels s'accordent pour reconnaître que la télémédecine constitue un nouveau mode d'organisation utile pour améliorer l'accès aux soins de certains patients rencontrant des problèmes de mobilité. À terme, le télésoin pourra également constituer une réponse à ce besoin.

Afin de répondre à ces défis d'organisation des soins, les parties signataires s'entendent pour contribuer au développement de la télémédecine sur l'ensemble du territoire et au profit de tous les patients. Les communautés professionnelles territoriales peuvent constituer un des leviers en faveur du développement de ce nouveau mode d'organisation.

Ainsi, elles peuvent notamment constituer un cadre particulièrement porteur pour favoriser le développement des téléconsultations dans le respect du parcours de soins. Les communautés professionnelles ont en effet vocation à constituer des organisations territoriales coordonnées qui peuvent notamment répondre aux besoins de soins des patients lorsque l'exigence tenant au respect du parcours de soins ne peut pas être satisfaite (patient ne disposant pas de médecin traitant désigné ou médecin traitant non disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient).

Article 5.1.2. La mission en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient

Les partenaires conventionnels s'accordent sur le fait que l'un des enjeux clés de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge des patients réside notamment dans une meilleure coordination des acteurs dans une dimension pluri-professionnelle afin d'éviter les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile des patients.

La communauté professionnelle constitue donc une des réponses adaptées à ce besoin. Elle permet de proposer des parcours répondant aux besoins des territoires notamment pour améliorer la prise en charge et le suivi des patients.

Ces parcours peuvent prendre différentes formes selon les besoins identifiés: parcours pour contribuer à la continuité des soins et à la fluidité des parcours, notamment par une gestion coordonnée entre tous les professionnels de santé intervenant autour du même patient, le lien entre le premier et le second recours, le lien avec les établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et le partage des informations, parcours pour gérer les patients en situations complexes, en risque de fragilité, en situation de handicap, parcours en faveur d'une meilleure prise en charge des personnes âgées pour faciliter le maintien à domicile, etc.

Ces actions peuvent également répondre à des problématiques spécifiques des territoires; à titre d'exemples on peut citer la prévention des addictions, du renoncement aux soins. Les parcours pluri-professionnels permettent d'améliorer la pertinence de la prise en charge en évitant les actes redondants et préviennent l'isolement des professionnels face aux situations complexes.

Article 5.1.3. La mission en faveur du développement des actions territoriales de prévention

Les parties signataires, dans le prolongement des engagements inscrits dans l'accord cadre inter-professionnel signé le 10 octobre 2018, souhaitent que soit renforcé et valorisé l'engagement des professionnels de santé dans les actions et programmes de prévention et de promotion de la santé en cohérence avec la politique nationale de santé (lois et plans de santé publique) et ce, dans une dimension de prise en charge pluri-professionnelle des patients.

Grâce à son implantation territoriale et à sa capacité organisationnelle, la communauté professionnelle territoriale de santé constitue un point d'appui majeur pour développer des politiques de santé publique et de prévention à l'échelle du territoire dans une dimension de prise en charge pluri-professionnelle.

Le déploiement d'actions dans une démarche pluri-professionnelle autour d'une thématique en lien avec les besoins du territoire génère des effets plus importants sur les actions de prévention ou de dépistage auprès des patients, le message étant porté par l'ensemble des professionnels de santé au plus près des patients (exemples : actions conjuguées des professionnels de santé dans le cadre de la vaccination antigrippale ou de la prévention des interactions médicamenteuses).

Les membres de la communauté professionnelle doivent donc définir ensemble, les actions de prévention, dépistage et promotion de la santé les plus pertinentes à développer au regard des besoins du territoire (thèmes les plus adaptés, effectifs de population concernés, enjeux de santé publique, etc.) et pour lesquelles la dimension de prise en charge pluri-professionnelle constitue un gage de réussite.

Les thèmes retenus seront donc variables d'une communauté professionnelle à l'autre : promotion auprès des patients de la vaccination et des recommandations sanitaires délivrées par les autorités sanitaires en cas de risque particulier (exemples : participation à la diffusion de recommandations existantes en cas de vague de chaleur, pollution atmosphérique...), prévention des addictions, des risques iatrogènes, de la perte d'autonomie, de la désinsertion professionnelle ou de l'obésité, des violences intra-familiales, mise en place d'une organisation permettant le recueil des événements indésirables associés aux soins et le signalement aux autorités, participation à un réseau de surveillance ou de vigilance labellisé par l'Agence régionale de santé comme le réseau sentinelles, dépistages, etc.

Article 5.2. Les missions complémentaires et optionnelles

En souscrivant au contrat défini dans le présent accord, les communautés professionnelles territoriales de santé ont également la possibilité de choisir de déployer deux missions optionnelles pour lesquelles elles peuvent percevoir un financement complémentaire : la mission en faveur de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des prises en charge et la mission en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé, notamment des jeunes diplômés afin de faciliter leur installation sur le territoire de la communauté professionnelle.

Les actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins

Dans le prolongement des groupes d'analyse de pratiques existant dans plusieurs régions, les partenaires conventionnels s'accordent pour reconnaître l'intérêt de développer des démarches qualité dans une dimension potentiellement pluri-professionnelle, pour améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients.

Dans ce cadre, les démarches engagées pour échanger sur les pratiques, organiser des concertations autour de cas patients (notamment cas complexes), formaliser des retours d'expérience en vue de formuler des pistes d'amélioration et d'harmonisation des pratiques apparaissent intéressantes à développer dans une dimension désormais pluri-professionnelle.

Le mode d'organisation des communautés professionnelles territoriales de santé est adapté à la mise en place de tels échanges de pratiques notamment dans un cadre pluri-professionnel. Les thèmes de ces échanges sont à définir au sein de chaque communauté en fonction des besoins identifiés (échanges pertinents notamment autour de pathologies ou de situations médicales particulières : plaies chroniques et complexes, prise en charge de la personne âgée, HTA, insuffisance cardiaque, prise en charge des affections respiratoires chez l'enfant et l'adulte, observance médicamenteuse, iatrogénie, etc.).

L'organisation de ces échanges doit rester souple et adaptée aux situations des territoires sans référence obligatoire à un cahier des charges particulier comme cela peut être le cas pour les groupes qualité médecins mis en place.

Les actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

Les parties signataires estiment que la communauté professionnelle territoriale de santé constitue une organisation adaptée pour accompagner les professionnels de santé et notamment les jeunes en formation ou jeunes diplômés en mettant en avant le caractère attractif d'un territoire pour favoriser et faciliter les installations en exercice de ville.

Pour promouvoir et faciliter l'installation des professionnels de santé notamment dans les zones en tension démographique, la communauté professionnelle peut ainsi organiser des actions de nature à mettre en avant le caractère attractif d'un territoire (présentation de l'offre de santé du territoire, compagnonnage, promotion du travail coordonné des professionnels de santé et des autres acteurs du territoire, sanitaire, médico-social, social, etc.). Elle peut également mobiliser ses ressources pour faciliter l'accueil de stagiaires.

Ces actions s'inscrivent parmi les actions de communication menées par la communauté professionnelle afin de promouvoir ses activités auprès des professionnels de santé et auprès de la population.

Article 6

Le calendrier de déploiement des missions socles et optionnelles

Les partenaires conventionnels se sont accordés sur un calendrier de mise en œuvre des différentes missions par les communautés professionnelles tenant compte à la fois du délai nécessaire aux acteurs pour s'organiser, construire et déployer les missions choisies mais également de la nécessité d'apporter rapidement des réponses aux besoins exprimés par la population d'accès aux soins facilités et mieux coordonnés. Ce délai permet également aux communautés professionnelles, d'ores et déjà déployées sur un territoire avant l'entrée en vigueur du présent accord, et qui ne se seraient pas organisées autour des missions socles définies dans ledit accord, de faire évoluer leur organisation, si elles le souhaitent, pour pouvoir souscrire au contrat conventionnel.

En souscrivant au contrat défini dans le présent accord, les communautés professionnelles territoriales de santé s'engagent à mettre en place les trois missions socles dans le respect du calendrier défini ci-après.

Démarrer au plus tard six mois après la signature du contrat par la communauté professionnelle la mise en œuvre de la mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins. Elle doit être déployée au plus tard dix-huit mois après ladite signature.

Démarrer au plus tard douze mois après la signature du contrat par la communauté professionnelle la mise en œuvre de la mission en faveur de l'amélioration de la fluidité des parcours de santé des patients et de la continuité des soins et la mission en faveur d'actions coordonnées de prévention. Ces deux missions doivent être déployées au plus tard deux ans après la dite signature.

Pour les deux missions optionnelles en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins et de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire, les communautés professionnelles ont le choix de leur calendrier de déploiement.

Le tableau récapitulatif de ce calendrier figure en annexe 2 du présent accord.

Article 7

Le financement conventionnel des communautés professionnelles territoriales de santé

Article 7.1. Les principes du financement

Les partenaires conventionnels s'accordent pour définir deux volets dans l'accompagnement financier en faveur du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé : un premier volet pour contribuer au financement du fonctionnement de la communauté professionnelle et un second volet pour contribuer au financement de chacune des missions exercées.

Le déclenchement du financement de la communauté professionnelle est conditionné à la signature du contrat conforme au contrat type défini en annexe 1 du présent accord. Les modalités de versement sont définies à l'article 9 du présent accord.

Le montant des financements est adapté à la taille de la communauté professionnelle territoriale de santé. Compte tenu de la dimension populationnelle des missions déployées par la communauté

professionnelle, le critère de taille pris en compte pour le calcul de la rémunération est celui du nombre d'habitants couverts par le territoire identifié par ladite communauté dans son projet de santé.

Les parties signataires ont choisi de répartir les communautés professionnelles selon quatre tailles distinctes :

TAILLE	NOMBRE HABITANTS
Taille 1	< 40 000 habitants
Taille 2	Entre 40 et 80 000 habitants
Taille 3	Entre 80 et 175 000 habitants
Taille 4	> 175 000 habitants

Chaque communauté professionnelle dispose d'une liberté d'appréciation quant à l'utilisation et l'affectation des fonds alloués par l'assurance maladie dans le cadre du présent accord :

- y compris les fonds du dispositif de compensation financière en cas de pertes d'activité pour les soins non programmés ;
- à l'exception du financement spécifique mis en place pour l'organisation du dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés (cf. article 5.1.1).

Article 7.2. Le financement du fonctionnement de la communauté professionnelle

Afin d'accompagner les communautés professionnelles territoriales de santé dans la mise en œuvre et la réalisation de leurs missions, un financement dédié au fonctionnement de la communauté professionnelle leur est alloué pendant toute la période du contrat.

Ce financement est attribué dès la signature du contrat et sans attendre le démarrage des missions par la communauté professionnelle, afin d'assurer une fonction d'animation et de pilotage, condition essentielle pour accompagner les actions des professionnels membres de la communauté dans l'élaboration des missions et assurer le travail de coordination administrative. Ce financement permet également de valoriser le temps consacré par les professionnels de santé pour définir et construire les missions (valorisation dans ce cadre également du temps de coordination médicale). Enfin, il contribue à l'acquisition ou l'accès à des outils informatiques facilitant la coordination au sein de la communauté : annuaire partagé, plateforme de communication, outil facilitant la gestion des parcours, etc. (cf. article 7.3.1 du présent accord).

Dès que la communauté démarre la réalisation des missions, ce financement dédié au fonctionnement de la structure valorise le recours à une fonction de coordination transverse. Les moyens nécessaires à la réalisation des missions, comme le temps de concertation des professionnels de santé et l'équipement en outils de coordination, sont valorisés quant à eux par le biais de l'enveloppe financière allouée pour les moyens déployés par la communauté professionnelle pour la réalisation de chacune des missions (cf. article 7.3.1).

Article 7.3. Le financement des missions mises en œuvre par la communauté professionnelle

Afin de soutenir les communautés professionnelles territoriales de santé dans la mise en œuvre de leurs missions, les partenaires conventionnels s'accordent pour financer chaque mission définie dans le présent accord (socles et optionnelles) en tenant compte de l'intensité des moyens déployés pour l'atteinte des objectifs, mais aussi des résultats observés quant à l'impact des missions sur la base des indicateurs fixés dans chaque contrat tripartite conclu sur la base du contrat type défini en annexe 1 du présent accord.

Les montants alloués pour chaque mission sont variables selon la taille de la communauté professionnelle tel que défini à l'article 8 du présent accord.

Le montant total alloué pour chaque mission se répartit en deux parts égales : un financement fixe, couvrant les moyens mis en œuvre par la communauté professionnelle pour réaliser la mission, et un financement supplémentaire prenant en compte l'intensité des moyens mis en œuvre ainsi que les résultats d'impacts des missions.

Article 7.3.1. Le financement fixe au regard des moyens déployés pour la réalisation des missions

Ce financement permet de participer aux coûts supportés par la communauté professionnelle dans le cadre de l'exercice de chaque mission : charges de personnel, temps dédié des professionnels de santé pour l'organisation et la réalisation de la mission, prise en charge des actions de communication, etc.

Il permet également d'aider la communauté professionnelle pour l'acquisition et la maintenance des outils numériques de coordination nécessaire à l'exercice des différentes missions.

Ces outils numériques de coordination sont choisis par les communautés professionnelles en fonction des missions socles et des missions optionnelles qu'elles choisissent de réaliser. À titre d'exemple, il pourrait s'agir des outils suivants :

- agenda partagé pour l'organisation des soins non programmés ;
- annuaire des professionnels pour la coordination et les parcours ;
- outil type messagerie instantanée pour les soins non programmés ;
- outil de partage autour d'un patient pour la coordination et les parcours ;
- outil de communication entre les professionnels pour animer la communauté et pour partager l'information sur les événements organisés notamment en termes d'actions de prévention.

Ces outils doivent garantir la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc.) et la traçabilité des échanges dans les conditions respectueuses des référentiels de sécurité en vigueur concernant la transmission et les échanges de données.

Ils doivent également être compatibles avec les autres outils d'échanges entre professionnels de santé d'ores et déjà déployés ou en cours de déploiement (Dossier médical partagé et messageries sécurisées de santé, outils numériques de coordination « e parcours »). Ainsi, leur interopérabilité avec les autres outils existants doit être recherchée en vue de leur intégration dans le bouquet de services numériques aux professionnels de santé qui va être élaboré.

Ces outils seront notamment disponibles *via* le projet national « e-parcours ».

Article 7.3.2. Le financement variable au regard des résultats observés

Cette partie du financement de chaque mission est calculée sur la base de l'atteinte des objectifs définis dans chaque contrat conclu sur la base du contrat type défini en annexe 1 du présent accord en fonction :

- de l'intensité des moyens déployés pour mettre en œuvre la mission ;
- du niveau d'atteinte des objectifs définis contractuellement sur la base d'indicateurs décrits à l'article 7.3.2.2 du présent accord. Les résultats sont évalués par les trois signataires du contrat à savoir la communauté professionnelle, l'Agence régionale de santé et l'organisme local de l'assurance maladie. Les échanges réguliers prévus à l'article 7.3.2.1 du présent accord permettent aux parties signataires du contrat d'ajuster, le cas échéant, les objectifs au regard des évolutions territoriales et organisationnelles de la communauté professionnelle.

Le contrat peut définir des objectifs différenciés pour chaque année du contrat.

Article 7.3.2.1. Les modalités d'échanges sur la fixation et le suivi des indicateurs

Pendant toute la durée du contrat, la communauté professionnelle, l'Agence régionale de santé et l'organisme local de l'assurance maladie organisent des points d'échanges réguliers, au moins une fois par an, pour définir et suivre conjointement notamment :

- le calendrier de déploiement des missions ;
- l'intensité des moyens déployés pour réajuster au besoin le niveau des aides versées ;
- les indicateurs de suivi du déploiement de chaque mission et les objectifs fixés sur la base desquels est calculé le montant alloué au titre des résultats observés ;
- l'adaptation, le cas échéant, du montant du financement accordé au regard de l'évolution de la taille de la communauté professionnelle ;
- le niveau d'atteinte des résultats obtenus en fonction des indicateurs de suivis choisis.

Ces échanges réguliers doivent également permettre d'identifier les besoins d'accompagnement des communautés par l'assurance maladie et l'Agence régionale de santé (ingénierie : mise à disposition de données, cartographie, lien avec les médiateurs des caisses, identification de certains acteurs du territoire, etc. – cf. article 10 du présent accord).

Ces échanges peuvent donner lieu, le cas échéant, à la conclusion d'un ou plusieurs avenants au contrat initialement signé.

Article 7.3.2.2. La fixation des indicateurs pour le suivi et le financement des missions

Dans chaque contrat, sont fixés des indicateurs d'actions et de résultats pour le suivi et le financement variable de chaque mission déployée par la communauté professionnelle.

Ces indicateurs doivent valoriser l'intensité des moyens mis en œuvre par la communauté professionnelle et mesurer l'impact des actions de la communauté sur le territoire. Le contrat doit ainsi déterminer :

- les indicateurs retenus pour le suivi des missions ;
- les indicateurs pris en compte dans le calcul du financement variable alloué à la communauté professionnelle, mesurant les effets des actions relevant du champ de responsabilité de la communauté professionnelle.

Certains indicateurs de suivi peuvent être aussi retenus pour le calcul du financement variable.

Le contrat fixe également les niveaux d'atteinte attendus pour tout ou partie de ces différents indicateurs au regard notamment de la situation constatée sur chaque territoire notamment dans le cadre du diagnostic territorial élaboré par la communauté professionnelle.

Les indicateurs de suivi de la mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins sont définis dans le présent accord à partir des indicateurs suivants :

- progression de la patientèle avec médecin traitant dans la population couverte par la communauté professionnelle ;
- réduction du pourcentage de patients sans médecin traitant pour les patients en affection de longue durée, les patients âgés de plus de 70 ans et les patients couverts par la CMU-C ;
- taux de passages aux urgences générales, pédiatriques et de gynécologie-obstétrique non suivis d'hospitalisation (indicateur décroissant) ;
- part des admissions directes en hospitalisation adressées par un professionnel de santé de ville (indicateur croissant) ;
- augmentation du nombre de consultations enregistrées dans le cadre de l'organisation de traitement et d'orientation territoriale mise en place pour prendre en charge les soins non programmés.

Les parties signataires de chaque contrat tripartite conforme au contrat type joint en annexe 1 doivent suivre l'ensemble de ces indicateurs, et peuvent en retenir d'autres pour le suivi comme pour le calcul du financement variable.

Pour les autres missions socles et optionnelles, les indicateurs d'actions et de résultats et les niveaux d'atteinte fixés sont définis au niveau de chaque contrat. Des indicateurs pouvant être retenus sont mentionnés dans l'annexe 3 du présent accord.

Article 8

Montant des financements alloués

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la mise en place d'un financement des communautés professionnelles en fonction des moyens déployés et des résultats atteints dans la réalisation des différentes missions choisies. Ce financement est modulé selon la taille des communautés tel que défini à l'article 7.1 du présent accord.

Avant le démarrage des missions choisies par la communauté professionnelle

MONTANT ANNUEL	COMMUNAUTÉ de taille 1	COMMUNAUTÉ de taille 2	COMMUNAUTÉ de taille 3	COMMUNAUTÉ de taille 4
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €

Ce montant est versé dès la signature du contrat dans son intégralité pour couvrir les besoins de la communauté professionnelle pendant la période préparatoire nécessaire au déploiement des missions choisies.

**À compter du démarrage de chaque mission choisie par la communauté professionnelle
(en fonction du calendrier de déploiement défini dans le contrat)**

MONTANT ANNUEL		COMMUNAUTÉ de taille 1	COMMUNAUTÉ de taille 2	COMMUNAUTÉ de taille 3	COMMUNAUTÉ de taille 4
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	Total	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €
Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle):	Volet Fixe/Moyens	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet variable/ actions et résultats	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet lié à l'organisation des soins non programmés Compensation des professionnels de santé	10 000 €	12 000 €	15 000 €	20 000 €
	<i>Volet supplémentaire lié à l'organisation des soins non programmés Financement spécifique pour le traitement et l'orientation des demandes de soins non programmés</i>	35 000 €	45 000 €	55 000 €	70 000 €
	Total **	40 000 €	47 000 €	65 000 €	80 000 €
Missions en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient (socle)	Volet Fixe/Moyens	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Volet variable/ actions et résultats	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Total	50 000 €	70 000 €	90 000 €	100 000 €
Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention (socle)	Volet Fixe/Moyens	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Volet variable/ actions et résultats	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Total	20 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €
Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins (optionnel)	Volet Fixe/Moyens	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Volet variable/ actions et résultats	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Total	15 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €
Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (optionnel)	Volet Fixe/Moyens	5000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Volet variable/ actions et résultats	5000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Total	10 000 €	15 000 €	20 000 €	30 000 €
Financement total possible **	Volets fixe et variable	185 000 €	242 000 €	315 000 €	380 000 €

* Les montants mentionnés dans le volet variable/actions et résultats correspondent à un taux d'atteinte de 100%.

** Note: ces montants n'intègrent pas le financement spécifique à l'organisation du dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés.

Évolution des financements alloués

Dans le cadre du suivi de l'accord conventionnel, les partenaires conventionnels conviennent d'établir un point d'étape, au terme d'une période de deux années de mise en œuvre, afin d'examiner si les dispositions contenues dans le présent accord sont bien adaptées au déploiement des missions menées par les communautés professionnelles.

À l'occasion de ce point d'étape, les parties signataires pourront décider de revoir les modalités d'accompagnement des communautés professionnelles notamment au regard des niveaux de financement alloués qui pourront être augmentés, le cas échéant, pour tenir compte de leur montée en charge et du déploiement de leurs missions.

Article 9

Les modalités de versement du financement des communautés professionnelles

Article 9.1. Versement du volet financement du fonctionnement de la communauté professionnelle

Le versement du montant alloué au fonctionnement de la communauté professionnelle avant le démarrage des missions (dont le montant est fixé à l'article 8 du présent accord) est déclenché dès la signature du contrat (versement du montant dans son intégralité), sous réserve de la vérification par l'assurance maladie de la complétude du dossier dont les documents justificatifs sont précisés à l'article 4 du présent accord.

Ensuite, à partir du démarrage des missions, et pour permettre à la communauté professionnelle de les déployer un montant est versé chaque année à la date anniversaire du contrat au titre du fonctionnement de la structure (cf. article 7.2 du présent accord).

Afin de permettre à la communauté d'engager les investissements nécessaires pour la réalisation des missions, une avance d'un montant de 75 % de la somme totale due est versée au début de chaque année (en référence à la date anniversaire du contrat).

Le solde est versé au moment du versement du solde de la rémunération au titre de l'année précédente (rémunérations au titre du fonctionnement de la communauté professionnelle et de la réalisation des missions versées au même moment).

Article 9.2. Versement du volet de financement consacré aux missions

Dès la date de démarrage de chaque mission, une avance d'un montant de 75 % de l'enveloppe allouée aux moyens déployés pour la mission dite « enveloppe fixe » définie à l'article 8 est versée pour chaque mission choisie contractuellement par la communauté professionnelle.

En fonction de la date de démarrage de la mission, le montant dû au titre de ce premier versement au titre de chaque mission est proratisé en fonction de la durée comprise entre la date de démarrage de chaque mission et la date anniversaire du contrat.

Les communautés professionnelles dont le projet de santé aurait été validé par l'Agence régionale de santé avant l'entrée en vigueur du présent accord peuvent valoriser les missions qu'elles ont déjà mises en place, dès la signature du contrat, si celles-ci s'inscrivent dans le cadre du présent accord.

Après la première année de mise en œuvre du contrat, sont versés, chaque année, au plus tard dans les deux mois suivant la date anniversaire du contrat et au regard des échanges évoqués à l'article 10:

- le solde de l'année *N* et l'avance pour l'année *N + 1* du montant alloué au titre de l'enveloppe fixe défini à l'article 8;
- le solde de l'année *N* au titre de l'enveloppe variable allouée au titre du niveau d'intensité des actions engagées pour la réalisation des missions et des résultats atteints en fonction des objectifs fixés.

Un schéma récapitulatif des modalités de versement des différents montants alloués à la communauté professionnelle figure en annexe 4 du présent accord.

Article 9.3. Rémunération des communautés et participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales

Les partenaires conventionnels conviennent que les rémunérations des dirigeants de la communauté professionnelle, les remboursements de frais et les sommes liées aux prestations de service versés aux professionnels de santé conventionnés dans le cadre du fonctionnement et des missions

exercées par les communautés professionnelles sont inclus dans l'assiette de calcul de la participation des caisses aux cotisations sociales dont les modalités sont définies dans chaque convention nationale mono-catégorielle.

Article 10

L'accompagnement des communautés professionnelles par l'assurance maladie et les agences régionales de santé

Les partenaires conventionnels s'accordent sur le fait que le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé implique un accompagnement par l'ensemble des acteurs du territoire et notamment l'Agence régionale de santé et l'assurance maladie. L'assurance maladie et l'Agence régionale de santé proposent une offre de services afin d'accompagner le projet des communautés professionnelles.

Les échanges réguliers mis en place dans le cadre du présent accord entre les communautés professionnelles, l'Agence régionale de santé et l'assurance maladie vont permettre d'identifier les besoins d'accompagnement (ingénierie: mise à disposition de données, cartographie, lien avec les médiateurs des caisses, identification de certains acteurs du territoire, etc.).

Article 11

Les modalités de résiliation du contrat

Article 11.1. La résiliation à l'initiative de la communauté professionnelle territoriale de santé

La communauté professionnelle territoriale de santé signataire d'un contrat conforme au contrat type défini en annexe 1 du présent accord a la possibilité de résilier le contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'assurance maladie et à l'Agence régionale de santé signataires dudit contrat.

Cette résiliation est effective deux mois après réception de la lettre de résiliation adressée par le ou les représentants de la communauté professionnelle.

Article 11.2. La résiliation par la caisse d'assurance maladie et l'Agence régionale de santé

Le contrat peut également faire l'objet d'une résiliation à l'initiative de l'organisme local d'assurance maladie ou de l'Agence régionale de santé dans les cas suivants:

- si la communauté professionnelle ne respecte pas de manière manifeste les termes du contrat (missions non mises en œuvre, etc.);
- si la communauté professionnelle ne remplit plus les conditions d'éligibilité au contrat.

Cette résiliation est effective deux mois après réception de la lettre de résiliation notifiée par l'organisme local d'assurance maladie.

Dans ce délai, la communauté professionnelle a la possibilité de saisir la commission paritaire locale de son ressort géographique définie à l'article 12.3 du présent accord, dans les conditions définies à l'article 12.4 du présent accord.

Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

Article 11.3. Les conséquences de la résiliation

En cas de résiliation du contrat, quelle qu'en soit l'origine, le calcul de la rémunération due au titre de l'année du contrat au cours de laquelle cette résiliation est intervenue, est effectué au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année (en référence à la date anniversaire du contrat).

Dans le cas où la rémunération calculée selon les modalités ci-dessus venait à être inférieure à l'avance versée à la communauté professionnelle, dans les conditions définies à l'article 9 du présent accord, quelle que soit l'origine de la résiliation, la communauté professionnelle est tenue de procéder au remboursement de la différence à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation.

Article 12

Les instances de suivi de l'accord

Les parties signataires affirment leur attachement à une gestion paritaire de la vie conventionnelle et mettent en place :

- une commission paritaire nationale des communautés professionnelles territoriales de santé ;
- une commission paritaire régionale des communautés professionnelles territoriales de santé (au niveau de chaque région administrative) ;
- une commission paritaire locale des communautés professionnelles territoriales de santé (au niveau de chaque département).

Dans les départements de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique, de Mayotte et de La Réunion, une commission paritaire territoriale est mise en place. Elle assure les missions dévolues aux CPL et CPR.

Article 12.1. La Commission paritaire nationale (CPN) des communautés professionnelles territoriales de santé

Article 12.1.1. La composition de la CPN

La commission paritaire nationale est composée paritairement de deux sections formées de :

- la section professionnelle composée de représentants des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé signataires du présent accord et des représentants d'organisations représentatives des centres de santé, signataires du présent accord ;
- de la section sociale composée de représentants de l'assurance maladie obligatoire (UNCAM).

Chaque section désigne son président.

La représentation des différentes professions de santé parties à l'accord est définie comme suit.

Pour la section professionnelle :

- 1 siège est attribué à chaque organisation syndicale représentative signataire du présent accord ;
- 3 sièges pour les organisations représentatives des centres de santé, attribués pour ce faire par l'ensemble des organisations représentatives des centres de santé signataires du présent accord.

Pour la section sociale :

- un nombre de sièges identique à celui de la section professionnelle est attribué afin de respecter la parité ;
- 80 % de représentants du régime général et 20 % de représentants du régime agricole.

Dans l'hypothèse où, après application de la règle de l'arrondi à l'entier au plus proche, le nombre de sièges de la section sociale serait :

- supérieur au nombre de sièges de la section professionnelle, alors un siège est retiré pour le régime général ;
- inférieur au nombre de sièges de la section professionnelle, alors un siège est ajouté pour le régime général.

Lors d'une délibération, un représentant de l'assurance maladie peut disposer de deux voix pour respecter la parité entre sections.

Siègent également à titre consultatif :

- un représentant de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) dès lors que l'UNOCAM est signataire du présent texte ;
- un représentant de l'État ;
- une personnalité qualifiée au regard de son expertise, son expérience et de ses compétences en économie de la santé ;
- un représentant de la fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) ;
- un représentant de la fédération des communautés professionnelles territoriales de santé (FCPTS) ;
- un représentant de l'association de patients France Assos Santé.

La Commission paritaire nationale a la possibilité à l'issue de deux années de mise en œuvre du présent accord de réviser la liste des représentants siégeant à titre consultatif au sein de ladite commission, à l'exception du représentant de l'État. Cette décision est prise dans les conditions de vote définies à l'article 2 de l'annexe 5 du présent accord.

Article 12.1.2. Les missions de la CPN

La commission paritaire nationale a une double vocation d'impulsion et de coordination des actions menées tant au niveau national que local, en application du présent accord. Elle permet d'organiser la concertation et assure le suivi régulier des différentes dispositions du présent accord.

La commission paritaire nationale a notamment pour fonction de :

- veiller au respect des dispositions du présent accord au niveau national ;
- suivre la montée en charge des contrats conclus conformément au contrat type figurant en annexe 1 ;
- émettre un avis sur les outils d'accompagnement des communautés professionnelles ;
- valider les modalités de mise en place de l'évaluation défini à l'article 13 et son cadre de suivi, et émettre un avis sur les conclusions de celle-ci ;
- préparer les éventuels avenants et annexes à l'accord ;
- émettre un avis en cas de difficultés rencontrées dans la désignation des membres d'une commission paritaire régionale ou locale définie aux articles 12.2 et 12.3 du présent accord.

Article 12.1.3. Le fonctionnement de la CPN

La commission paritaire nationale est mise en place dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur du présent accord.

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

Les modalités de fonctionnement de la commission paritaire nationale sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'annexe 5 du présent accord.

Article 12.2. La Commission paritaire régionale (CPR) des communautés professionnelles territoriales de santé

Il est créé dans chaque région administrative une commission paritaire régionale des communautés professionnelles territoriales de santé.

Article 12.2.1. La composition de la CPR

La composition des deux sections de la commission paritaire régionale est identique à celle définie à l'article 12.1.1 du présent accord pour la commission paritaire nationale.

Siègent également au sein de la commission paritaire régionale à titre consultatif :

- un représentant de l'Agence régionale de santé ;
- trois représentants de professions différentes désignés par l'ensemble des unions régionales professionnelles de santé (URPS) des professions signataires du présent accord ;
- un représentant de la fédération régionale des maisons et pôles de santé ;
- un représentant de la fédération régionale des communautés professionnelles territoriales de santé ;
- un représentant de l'association de patients France Assos Santé.

En cas de difficultés rencontrées dans la désignation des membres de la commission paritaire régionale, la commission paritaire nationale peut être saisie.

Article 12.2.2. Les missions de la CPR

La commission paritaire régionale a pour mission d'assurer le suivi du présent accord au niveau régional.

Elle a notamment pour objet de :

- veiller au respect des dispositions du présent accord au niveau régional ;
- suivre la montée en charge des contrats conclus conformément au contrat type figurant en annexe 1 du présent accord ;
- émettre un avis en cas de difficultés de mise en œuvre des contrats conclus conformément au contrat type figurant en annexe 1 du présent accord ;
- suivre l'impact des missions mises en œuvre par les communautés professionnelles de la région sur l'offre de soins.

Les relevés de décisions de la commission sont transmis à la CPN.

Article 12.2.3. Le fonctionnement de la CPR

Les commissions paritaires régionales se réunissent en tant que de besoin, à la demande de chaque section, et au minimum une fois dans l'année.

Les modalités de fonctionnement de la commission paritaire régionale sont définies dans l'annexe 5 du présent accord.

**Article 12.3. La Commission paritaire locale (CPL)
des communautés professionnelles territoriales de santé**

Il est créé dans chaque département une commission paritaire locale des communautés professionnelles territoriales de santé.

Article 12.3.1. La composition de la CPL

La composition des deux sections de la commission paritaire locale est identique à celle définie à l'article 12.1.1 du présent accord pour la commission paritaire nationale.

Siègent également au sein de la commission paritaire locale à titre consultatif :

- un représentant de la délégation départementale de l'Agence régionale de santé.

Article 12.3.2. Les missions de la CPL

La commission paritaire locale a pour mission d'assurer le suivi du présent accord au niveau local.

Elle a notamment pour objet de :

- veiller au respect des dispositions du présent de l'accord au niveau local ;
- suivre la montée en charge des contrats conclus conformément au contrat type figurant en annexe 1 du présent accord ;
- émettre un avis en cas de difficultés de mise en œuvre des contrats conclus conformément au contrat type figurant en annexe 1 du présent accord ;
- émettre des avis dans les conditions définies à l'article 12.4 du présent accord ;
- suivre l'impact des missions mises en œuvre par les communautés professionnelles du département sur l'offre de soins.

Les relevés de décisions de la commission sont transmis à la CPN.

Article 12.3.3. Le fonctionnement de la CPL

Les commissions paritaires locales se réunissent, en tant que de besoin, à la demande de chaque section, et au minimum une fois dans l'année.

Les modalités de fonctionnement de la commission paritaire locale sont définies dans l'annexe 5 du présent accord.

Article 12.4. La procédure de consultation des commissions paritaires locales

Article 12.4.1. Les motifs de saisine

Saisine par une communauté professionnelle non retenue pour signer le contrat conforme au contrat type défini en annexe 1 du présent accord

La communauté professionnelle non retenue pour signer un contrat conforme au contrat type défini en annexe 1 du présent accord, avec un organisme local d'assurance maladie et une agence régionale de santé, dans la mesure où ces derniers ont estimé qu'elle ne répondait pas aux conditions définies dans le présent accord, a la possibilité de saisir la commission paritaire locale de son ressort géographique. La saisine doit avoir lieu dans un délai de deux mois suivant la réception du courrier notifiant le refus de contractualisation.

Saisine en cas de procédure de résiliation du contrat conforme au contrat type défini en annexe 1 du présent accord, initiée par l'organisme local d'assurance maladie et l'Agence régionale de santé

Dans le cas où l'organisme local d'assurance maladie et l'Agence régionale de santé ont initié une procédure de résiliation du contrat à l'encontre d'une communauté professionnelle, dans les conditions définies à l'article 11.2 du présent accord, la communauté professionnelle a la possibilité de saisir la commission paritaire locale dans un délai de deux mois après réception de la lettre de notification de la résiliation.

Article 12.4.2. La procédure d'avis auprès de la commission paritaire locale

La commission paritaire locale saisie dans les conditions définies à l'article 11.2 peut demander des compléments d'informations à la communauté professionnelle, à l'organisme local d'assurance maladie et à l'Agence régionale de santé.

Des représentants de la communauté professionnelle peuvent également être entendus s'ils en expriment le souhait.

La commission paritaire locale se réunit dans un délai de deux mois à compter de la réception de la saisine effectuée par la communauté professionnelle.

L'avis de la commission est rendu dans un délai de trente jours à compter de la tenue de cette réunion. À défaut d'avis rendu dans ce délai, celui-ci est réputé rendu.

Dans un délai de trente jours à compter de la notification de l'avis de la communauté professionnelle ou à l'issue du délai laissé à cette dernière pour notifier son avis, l'organisme local d'assurance maladie et l'Agence régionale de santé notifient à la communauté professionnelle leur nouvelle décision prise après avis de la commission paritaire locale, quant à la signature du contrat conforme au contrat type défini en annexe 1 ou quant à la décision relative à la résiliation du contrat. Cette décision est accompagnée de l'avis rendu par la commission paritaire.

Article 13

Le suivi et l'évaluation de l'accord

La commission paritaire nationale des communautés professionnelles territoriales de santé s'engage à définir et mettre en œuvre un programme d'évaluation du dispositif de financement des communautés professionnelles prévu dans le présent accord. Un point d'avancement de l'évaluation menée est présenté chaque année à la commission paritaire nationale des communautés professionnelles territoriales de santé.

Article 14

La durée et les conditions d'application de l'accord

Article 14.1. La durée de l'accord

Conformément aux dispositions de l'article L.162-14-1 II du code de la sécurité sociale, le présent accord est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa date d'entrée en vigueur. L'accord est renouvelable par tacite reconduction par période de même durée sauf dénonciation six mois au moins avant sa date d'échéance par les parties signataires dans les conditions définies dans le code de la sécurité sociale.

Article 14.2. La notification de l'accord

L'assurance maladie obligatoire met à disposition des professionnels de santé libéraux et des centres de santé, sur son site internet, le présent accord conventionnel interprofessionnel dans un délai d'un mois suivant son entrée en vigueur.

Article

14.3. Les modalités de révision de l'accord

Le présent accord peut être modifié par voie d'avenants.

Article 14.4. La résiliation de l'accord

Le présent accord peut être résilié par les parties, soit par décision de l'UNCAM soit par décision conjointe d'au moins la moitié des professions visées dans le présent accord et sous réserve que les organisations représentatives à l'origine de la résiliation représentent au moins la moitié du nombre d'organisations signataires du présent accord dans les cas suivants :

- non-respect grave et répété des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre les différents organismes d'assurance maladie et les professionnels concernés par le présent accord.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée à tous les signataires du présent accord et prend effet à l'échéance d'un délai de six mois.

Durant ce délai, l'UNCAM ouvre des négociations en vue de la conclusion d'un nouvel accord dans les conditions prévues par la réglementation.

Fait à Paris, le 20 juin 2019.

Pour l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie :
Le directeur général,
NICOLAS REVEL

*Le président de la fédération française
des médecins généralistes,*
JACQUES BATTISTONI

*Le président de la confédération
des syndicats médicaux français,*
JEAN-PAUL ORTIZ

*Le président des syndicats
des médecins libéraux,*
PHILIPPE VERMESCH

*Le président de la Fédération
des médecins de France,*
JEAN-PAUL HAMON

Les co-présidents du BLOC,
BERTRAND DE ROCHAMBEAU
PHILIPPE CUQ
FRANÇOIS HONORAT

*Le président des chirurgiens-dentistes
de France*
THIERRY SOULIE

*Le président de l'Union dentaire
des chirurgiens-dentistes*
PHILIPPE DENOYELLE

*Le président de la fédération
des syndicats dentaire libéraux,*
PATRICK SOLERA

*La présidente de l'Union nationale
et syndicale des sages-femmes,*
MARIE-ANNE POUMAER

*La présidente de l'organisation nationale
des syndicats de sages-femmes,*
CAMILLE DUMORTIER

La présidente de convergence infirmière,
GHISLAINE SICRE

*La présidente du Syndicat national
des infirmières et infirmiers libéraux*
CATHERINE KIRNIDIS

*Le président de la Fédération nationale
des infirmiers*
DANIEL GUILLERM

*Le président de la Fédération française
des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs,*
DANIEL PAGUESSORHAYE

*Le président de l'Union nationale
des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes
libéraux,*

MICKAEL MULON

*La présidente de la Fédération nationale
des orthophonistes,*

ANNE DEHETRE

*Le président du syndicat national
autonome des orthoptistes,*

LAURENT MILSTAYN

*Le président de la Fédération nationale
des podologues,*

SERGE COIMBRA

*Le président de la Chambre nationale
des services d'ambulances,*

DOMINIQUE HUNAUT

*Le président de la Fédération nationale
de la mobilité sanitaire,*

THIERRY SCHIFANO

*Le président de la Fédération nationale
des ambulanciers privés,*

PHILIPPE LAURIOT

*Le président de la Fédération nationale
des artisans ambulanciers,*

JEAN-CLAUDE MAKSYMIUK

*La présidente de la Fédération nationale
des centres de santé,*

HÉLÈNE COLOMBANI

Le président de la Croix Rouge française

JEAN JACQUES ELEDJAM

*Le président de la Fédération
des mutuelles de France,*

JEAN-PAUL BENOIT

*Le président de la Fédération nationale
de la Mutualité française,*

THIERRY BEAUDET

*Le président de l'Union nationale de l'aide,
des soins et des services aux domiciles,*

GUILLAUME QUERCY

*La présidente de l'Union nationale
des associations d'aide
à domicile en milieu rural,*

MARIE-JOSÉE DAGUIN

Le président d'Adessadomicile,

PATRICK MALPHETTES

*Le directeur général de la Caisse autonome
nationale de la sécurité sociale dans les mines,*

GILLES DE LACAUSSE

*Le président de la Fédération nationale
des institutions de santé et d'action sociale
d'inspiration chrétienne,*

ALAIN RONDEPIERRE

*La présidente de la Confédération
des centres de santé,*

FRANÇOISE LE COQ

Le président du syndicat des biologistes,

FRANÇOIS BLANCHECOTTE

*Le président du Syndicat national
des médecins biologistes,*

CLAUDE COHEN

*Le président du syndicat
des Laboratoires de biologie clinique,*

JEAN PHILIPP

*Le président du syndicat
des jeunes biologistes médicaux*

LIONNEL BARRAND

*Le président de la Fédération
des syndicats pharmaceutiques de France*

PHILIPPE BESSET

*Le président de l'union des syndicats
de pharmaciens d'officine*

GILLES BONNEFOND

*Le président du syndicat national
des audioprothésistes*

LUIS GODINHO

*Le président de la fédération nationale
des opticiens de France*

ALAIN GERBEL

*Le président du syndicat national
des opticiens mutualistes*

CHRISTIAN PY

*Le président du rassemblement
des opticiens de France,*

ANDRÉ BALBI

*Le président de l'Union
des ophtalmologistes français,*

YVES QUENTIN

*La présidente par intérim du syndicat
des épithésistes français,*

ANNE-MARIE RIEDINGER

*Le président de la Fédération française
des podo-orthésistes,*

SERGE MATHISQ

*Le président de l'Union française
des orthoprothésistes,*

BENOÎT BAUMGARTEN

*Le président du syndicat national
de l'orthopédie française,*

JACQUES FECHEROLLE

*Le président du syndicat national
des entreprises de l'audition,*

GUILLAUME FLAHAULT

ANNEXE 1

CONTRAT TYPE RELATIF AUX COMMUNAUTÉS
PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ

Vu le code de la sécurité sociale et notamment ses articles L. 162-14-1, L. 162-14-1-2, L. 162-14-2 et L. 162-15,

Vu l'accord cadre interprofessionnel paru au *Journal officiel* du 7 avril 2019;

Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif au déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé.

Il est conclu entre

d'une part,

le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale de

[]

représentée par _____

le directeur de l'agence régionale de santé de []

Et d'autre part,

la communauté professionnelle territoriale de santé:

- raison sociale: []
- numéro FINESS
- autre immatriculation le cas échéant (Kbis, RNA): []
- copie de la convention constitutive en l'absence d'immatriculation
- adresse: []

représentée(s) par [] agissant en qualité de représentant(s) de la communauté professionnelle territoriale de santé/

un contrat relatif aux communautés professionnelles territoriales de santé.

PRÉAMBULE

L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif au déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé publié au *Journal officiel* du JJ MM AAAA prévoit la définition d'un contrat qui doit être élaboré de manière partenariale au niveau des territoires de manière à adapter au plus près des besoins du territoire, les moyens engagés par la communauté professionnelle, les modalités de déploiement de ses missions, les objectifs fixés pour les différentes missions choisies et les conditions d'évaluation de l'impact des résultats obtenus.

Ce contrat valorise les moyens mis en œuvre par la communauté professionnelle pour mettre en place et développer différentes missions en faveur de l'accès aux soins, de la qualité et de la fluidité des parcours de santé, de la prévention, de la qualité et l'efficacité des prises en charge, et d'une amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé.

Article 1^{er}

Les modalités de contractualisation

Comme le définit l'article L. 1434-12 du code de la santé publique, la communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 (définissant l'organisation des soins de premier recours) et L. 1411-12 (définissant l'organisation des soins de second recours) et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

Les communautés professionnelles ont vocation à rassembler l'ensemble des professionnels de santé de ville volontaires d'un territoire ayant un rôle dans la réponse aux besoins de soins de la population. C'est pourquoi, elles s'organisent à l'initiative des professionnels de santé de ville, et associent progressivement, les autres acteurs de santé du territoire: établissements et services sanitaires et médico-sociaux et autres établissements et acteurs de santé dont les hôpitaux de proximité, les établissements d'hospitalisation à domicile, etc.

Les communautés professionnelles territoriales de santé éligibles au contrat sont celles qui répondent à cette définition et qui ont élaboré un projet de santé validé par l'Agence régionale de santé. La validation de ce projet de santé peut intervenir antérieurement ou postérieurement à l'entrée en vigueur de l'accord conventionnel interprofessionnel des communautés professionnelles territoriales de santé.

Toute communauté professionnelle territoriale de santé ayant un projet de santé validé par l'Agence régionale de santé peut donc souscrire au présent contrat, et ce, quelle que soit sa forme juridique.

Le statut juridique est choisi par la communauté professionnelle selon l'organisation qu'elle souhaite mettre en place tout en répondant aux critères suivants: garantie d'une pluri-professionnalité, possibilité d'adhésion à la communauté des différentes catégories d'acteurs nécessaires à la réalisation des missions (personnes physiques ou morales), possibilité de recevoir les financements de l'Assurance maladie et, le cas échéant, en effectuer une redistribution si besoin, adaptations aux missions choisies, possibilité de recruter du personnel pour le fonctionnement de la communauté.

Sont annexés au présent contrat:

- la copie du projet de santé validé par l'Agence régionale de santé;
- les statuts de la communauté professionnelle;
- les contours du territoire d'intervention de la communauté professionnelle;
- la liste des membres de la communauté professionnelle avec leurs statuts: professionnels de santé libéraux, maisons de santé pluri-professionnelles, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisées, centres de santé, établissements (sanitaires et médico sociaux), services de santé et services sociaux, etc.

La communauté professionnelle doit informer l'organisme local d'assurance maladie, une fois par an, des modifications intervenues sur ces éléments, et notamment sur la liste des membres de la communauté professionnelle.

Article 2

Les missions déployées par la communauté professionnelle

Les parties signataires du présent contrat s'accordent sur un certain nombre de missions prioritaires dont il apparaît que le déploiement sur l'ensemble du territoire d'intervention de la communauté professionnelle a vocation à favoriser l'amélioration de l'accès aux soins, la fluidité des parcours des patients, la qualité et l'efficacité des prises en charge, l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé.

Le contenu des missions choisies par la communauté professionnelle est précisé au présent article.

CATÉGORIE	LIBELLÉ	CONTENU MISSION (à détailler en fonction de chaque contrat)
Obligatoire (socle)	Favoriser l'accès aux soins au travers notamment des deux actions: Faciliter l'accès à un médecin traitant Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville	La mission « Favoriser l'accès aux soins » pourrait se traduire par les missions suivantes : Mise en place, en lien avec les acteurs du territoire concernés et notamment avec l'assurance maladie, d'une procédure de recensement des patients à la recherche d'un médecin traitant, d'analyse de leur niveau de priorité au regard de leur situation de santé Mise en œuvre d'une organisation proposant aux patients un médecin traitant parmi les médecins de la communauté professionnelle Une attention plus particulière devrait être portée à certains patients en situation de fragilité qui n'auraient pas de médecin traitant (en particulier, les patients en affections de longue durée, les patients âgés de plus de 70 ans, les patients en situation de précarité et/ou bénéficiant des dispositifs tels que la CMUC ou l'AME), pour lesquels l'absence de médecin traitant constitue une difficulté majeure en termes de suivi médical. Proposition par la communauté professionnelle d'une organisation territoriale permettant la prise en charge le jour-même ou dans les 24 heures de la demande d'un patient du territoire en situation d'urgence non vitale. Cette mission implique à la fois les médecins de premier recours et de second recours, et également les autres professions de santé concernées par ces demandes de soins non programmés dans leurs champs de compétence respectifs : Identification par la communauté professionnelle des organisations déjà existantes et les carences pour définir les solutions d'organisation à mettre en place en fonction des besoins identifiés lors du diagnostic territorial (plages de soins non programmés à ouvrir par les professionnels du territoire dans le cadre du dispositif territorial de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés, rôle des maisons de garde hors organisation de la PDSA, accès simple à des examens de radiologie/biologie, accès à un second recours, recours à des protocoles définis au sein de la communauté professionnelle pour répondre à ces demandes de soins non programmés ou autres dispositions d'organisation propre aux professionnels du territoire, etc.). Dans le cadre de cette organisation territoriale mise en place pour répondre aux besoins de soins non programmés, les communautés professionnelles ont la possibilité de mettre en place au profit des professionnels de santé impliqués un dispositif de compensation financière en cas d'éventuelles pertes d'activité liées à l'organisation des soins non programmés. En outre, les communautés professionnelles ont la possibilité de mettre en place un dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés. Celui-ci doit comprendre <i>a minima</i> une orientation téléphonique par un personnel formé pour apprécier si la demande relève bien des soins non programmés, la prioriser par rapport aux autres demandes et mettre en contact le patient avec le professionnel de santé disponible et le plus proche. Cette organisation peut être mutualisée entre plusieurs communautés professionnelles. Dans le cas où une telle organisation est mise en place, la communauté professionnelle reçoit un financement dédié spécifiquement à cette mission (cf. article 5 du présent contrat).
Obligatoire (socle)	Mission en faveur de l'organisation de parcours pluri professionnels autour du patient	Mise en œuvre par la communauté professionnelle de parcours répondant aux besoins des territoires notamment pour améliorer la prise en charge et le suivi des patients. Ces parcours peuvent prendre différentes formes selon les besoins identifiés : parcours pour contribuer à la continuité des soins et à la fluidité des parcours (éviter les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile), notamment par une gestion coordonnée entre tous les professionnels de santé intervenant autour du même patient, le lien entre le premier et le second recours, le lien avec les établissements sanitaires, médico sociaux, sociaux et le partage des informations, parcours pour gérer les patients en situations complexes, en risque de fragilité, en situation de handicap, parcours en faveur d'une meilleure prise en charge des personnes âgées pour faciliter le maintien à domicile, etc. Ces actions peuvent également répondre à des problématiques spécifiques des territoires : à titre d'exemples on peut citer la prévention des addictions, du renoncement aux soins.

CATÉGORIE	LIBELLÉ	CONTENU MISSION (à détailler en fonction de chaque contrat)
Obligatoire (socle)	Mission en faveur du développement des actions territoriales de prévention	Définition des actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé les plus pertinentes à développer au regard des besoins du territoire (thèmes les plus adaptés, effectifs de population concernés, enjeux de santé publique, etc.) et pour lesquelles la dimension de prise en charge pluri-professionnelle constitue un gage de réussite. Les thèmes retenus seront donc variables d'une communauté professionnelle à l'autre. La liste de thèmes ci-après est non exhaustive: promotion auprès des patients de la vaccination et des recommandations sanitaires délivrées par les autorités sanitaires en cas de risque particulier (exemples: participation à la diffusion de recommandations existantes en cas de vague de chaleur, pollution atmosphérique...), prévention des addictions, des risques iatrogènes, de la perte d'autonomie, de la désinsertion professionnelle ou de l'obésité, des violences intrafamiliales, mise en place d'une organisation permettant le recueil des événements indésirables associés aux soins et le signalement aux autorités, participation à un réseau de surveillance ou de vigilance labellisé par l'Agence régionale de santé comme le réseau Sentinelles, dépistages, etc.
Optionnel (complémentaire)	Missions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins	Développement de démarches qualité dans une dimension potentiellement pluri-professionnelle pour améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients: démarches au sein de groupe d'analyses des pratiques pluriprofessionnelles pour organiser des concertations, organiser des concertations autour de cas patients (notamment cas complexes), formaliser des retours d'expérience en vue de formuler des pistes d'amélioration et d'harmonisation des pratiques dans une dimension pluri-professionnelle. Les thèmes de ces échanges sont à définir au sein de chaque communauté en fonction des besoins identifiés (échanges pertinents notamment autour de pathologies ou de situations médicales particulières: plaies chroniques et complexes, prise en charge de la personne âgée, HTA, insuffisance cardiaque, prise en charge des affections respiratoires chez l'enfant et l'adulte, observance médicamenteuse, iatrogénie, etc.). L'organisation de ces échanges doit rester souple et adaptée aux situations des territoires sans nécessairement de référence à un cahier des charges particulier comme cela peut être le cas pour les groupes qualité médecins mis en place.
Optionnel (complémentaire)	Missions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire	Pour promouvoir et faciliter l'installation des professionnels de santé notamment dans les zones en tension démographique, la communauté professionnelle peut: Organiser des actions de nature à mettre en avant le caractère attractif d'un territoire (présentation de l'offre de santé du territoire, promotion du travail coordonné des professionnels de santé et des autres acteurs du territoire sanitaire, médico-social, social, compagnonnage, etc.); Mobiliser ses ressources pour faciliter l'accueil de stagiaires; Accompagner les professionnels de santé et notamment les jeunes en formation ou jeunes diplômés en mettant en avant le caractère attractif d'un territoire pour favoriser et faciliter les installations en exercice de ville; constituer un vecteur de communication et d'information afin de promouvoir les activités de la communauté professionnelle auprès des professionnels de santé et la population

Article 3

Le calendrier de déploiement des missions socles et optionnels

Un calendrier de mise en œuvre des différentes missions déployées par la communauté professionnelle est défini afin de tenir compte à la fois du délai nécessaire aux acteurs pour s'organiser, construire et déployer les missions choisies mais également de la nécessité d'apporter rapidement des réponses aux besoins exprimés par la population d'accès aux soins facilités et mieux coordonnés.

La communauté professionnelle territoriale de santé s'engage à mettre en place les 3 missions socles suivantes dans le respect du calendrier défini ci-après:

- démarrer au plus tard six mois après la signature du contrat par la communauté professionnelle soit avant le XX XX XXXX, la mise en œuvre de la mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins. Elle doit être déployée au plus tard dix-huit mois après ladite signature;
- démarrer au plus tard douze mois après la signature du contrat par la communauté professionnelle soit avant le XX XX XXXX la mise en œuvre de la mission en faveur de l'amélioration de la fluidité des parcours de santé des patients et de la continuité des soins et la mission en faveur d'actions coordonnées de prévention. Ces deux missions doivent être déployées au plus tard deux ans après ladite signature.

Les 3 missions socles doivent donc être déployées au plus tard dans les deux ans suivant la signature du contrat soit le XX XX XXXX.

Pour les 2 missions optionnelles en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins et de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire, les communautés professionnelles ont le choix de leur calendrier de déploiement (à détailler en fonction de chaque communauté professionnelle).

Ci-après un tableau récapitulatif de ce calendrier :

CATÉGORIE	LIBELLÉ	DÉLAI POUR le démarrage de la mission après la signature du contrat	DÉLAI MAXIMUM pour le déploiement de la mission après la signature du contrat
Socle	Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins	6 mois	18 mois
Socle	Missions en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient	12 mois	24 mois
Socle	Missions en faveur du développement d'actions coordonnées de prévention	12 mois	24 mois
Complémentaire (optionnel)	Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins	À compléter en fonction du choix de chaque communauté professionnelle	À compléter en fonction du choix de chaque communauté professionnelle
Complémentaire (optionnel)	Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire	À compléter en fonction du choix de chaque communauté professionnelle	À compléter en fonction du choix de chaque communauté professionnelle

Article 4

Le financement conventionnel de la communauté professionnelle territoriale de santé

Deux volets sont financés pour accompagner le déploiement de la communauté professionnelle territoriale de santé : un premier volet pour contribuer au financement du fonctionnement de la communauté professionnelle et un second volet pour contribuer au financement de chacune des missions exercées par celle-ci.

Ces deux volets de financement sont adaptés au regard de la taille de la communauté professionnelle territoriale de santé. Compte tenu de la dimension populationnelle des missions déployées par la communauté professionnelle, le critère de taille pris en compte pour le calcul de la rémunération est celui du nombre d'habitants couverts par le territoire identifié par ladite communauté dans son projet de santé.

Les communautés professionnelles sont réparties selon quatre tailles distinctes :

TAILLE	NOMBRE HABITANTS
Taille 1	< 40 000 habitants
Taille 2	Entre 40 et 80 000 habitants
Taille 3	Entre 80 et 175 000 habitants
Taille 4	> 175 000 habitants

Au moment de la signature du contrat, la taille de la communauté professionnelle contractante est de taille X [à compléter au niveau de chaque contrat].

Chaque communauté professionnelle dispose d'une liberté d'appréciation quant à l'utilisation et l'affectation des fonds alloués par l'assurance maladie dans le cadre du présent accord :

- y compris les fonds du dispositif de compensation financière en cas de pertes d'activité pour les soins non programmés ;
- à l'exception du financement spécifique mis en place pour l'organisation du dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés (cf. article 5 du présent contrat).

Article 4.1. Le financement du fonctionnement de la communauté professionnelle

Afin d'accompagner la communauté professionnelle territoriale de santé dans la mise en œuvre et la réalisation de ses missions, un financement dédié au fonctionnement de la communauté professionnelle lui est alloué pendant toute la période du contrat.

Ce financement est attribué dès la signature du contrat et sans attendre le démarrage des missions par la communauté professionnelle afin d'assurer une fonction d'animation et de pilotage, condition

essentielle pour accompagner les actions des professionnels membres de la communauté dans l'élaboration des missions et assurer le travail de coordination administrative. Ce financement permet également de valoriser le temps consacré par professionnels de santé pour définir et construire les missions (valorisation dans ce cadre également du temps de coordination médicale). Enfin, il contribue à l'acquisition d'outils informatiques facilitant la coordination au sein de la communauté : annuaire partagé, plateforme de communication, outil facilitant la gestion des parcours, etc. (cf. article 7.3.1 de l'accord conventionnel interprofessionnel des communautés professionnelles).

Dès que la communauté démarre la réalisation des missions, ce financement dédié au fonctionnement de la structure valorise le recours à une fonction de coordination transverse. Les moyens nécessaires à la réalisation des missions, comme le temps de concertation des professionnels de santé et l'équipement en outils de coordination sont valorisés quant à eux par le biais de l'enveloppe financière allouée pour les moyens déployés par la communauté professionnelle pour la réalisation de chacune des missions.

Article 4.2. Le financement des missions mises en œuvre par la communauté professionnelle

Afin de soutenir la communauté professionnelle territoriale de santé dans la mise en œuvre de ses missions, chaque mission définie dans le présent contrat (socles et optionnelles) est financée en tenant compte de l'intensité des moyens déployés pour l'atteinte des objectifs, mais aussi des résultats observés quant à l'impact des missions sur la base des indicateurs fixés dans le présent contrat.

Les montants alloués pour chaque mission sont définis au regard de la taille de la communauté professionnelle tel que défini à l'article 4 du présent contrat.

Le montant total alloué pour chaque mission se répartit en deux parts égales : un financement fixe, couvrant les moyens mis en œuvre par la communauté professionnelle pour réaliser la mission, et un financement supplémentaire prenant en compte une intensité plus forte sur les moyens mis en œuvre ainsi que sur les résultats d'impacts sur les missions.

Article 4.2.1. Le financement fixe au regard des moyens déployés pour la réalisation des missions

Ce financement permet de participer aux coûts supportés par la communauté professionnelle dans le cadre de l'exercice de chaque mission : charges de personnel, temps dédié des professionnels de santé pour l'organisation et la réalisation de la mission, la prise en charge des enjeux de coordination et des actions de communication, etc.

Il permet également d'aider la communauté professionnelle pour l'acquisition et la maintenance des outils numériques de coordination nécessaire à l'exercice des différentes missions.

Ces outils numériques de coordination sont choisis par les communautés professionnelles en fonction des missions socles et des missions optionnelles qu'elles choisissent de réaliser. À titre d'exemple, il pourrait s'agir des outils suivants :

- agenda partagé pour l'organisation des soins non programmés ;
- annuaire des professionnels pour la coordination et les parcours ;
- outil type messagerie instantanée pour les soins non programmés ;
- outil de partage autour d'un patient pour la coordination et les parcours ;
- outil de communication entre les professionnels pour animer la communauté et pour partager l'information sur les événements organisés notamment en termes d'actions de prévention.

(À compléter en fonction du choix de chaque communauté professionnelle)

Ces outils doivent garantir la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc.) et la traçabilité des échanges dans les conditions respectueuses des référentiels de sécurité en vigueur concernant la transmission et les échanges de données. Ils doivent également être compatibles avec les autres outils d'échanges entre professionnels de santé d'ores et déjà déployés ou en cours de déploiement (Dossier médical partagé et messageries sécurisées de santé, outils numériques de coordination « e parcours »)

Ainsi, leur interopérabilité avec les autres outils existants doit être recherchée en vue de leur intégration dans le bouquet de services numériques aux professionnels de santé qui va être élaboré.

Ces outils seront notamment disponibles *via* le projet national « e parcours ».

Article 4.2.2. Le financement variable au regard des résultats observés

Cette partie du financement de chaque mission est calculée sur la base de l'atteinte des objectifs définis ci-après en fonction :

- de l'intensité des moyens déployés pour mettre en œuvre la mission ;

- du niveau d'atteinte des objectifs définis sur la base d'indicateurs décrits à l'article 4.2.2.2 du présent contrat. Les résultats sont évalués par les trois signataires du présent contrat à savoir la communauté professionnelle, l'Agence régionale de santé et l'organisme local de l'Assurance maladie. Les échanges réguliers évoqués à l'article 4.2.2.1 du présent contrat permettent aux parties signataires d'ajuster, le cas échéant, les objectifs au regard des évolutions territoriales et organisationnelles de la communauté professionnelle.

Le contrat peut définir des objectifs différenciés pour chaque année du contrat.

Article 4.2.2.1. Les modalités d'échanges sur la fixation et le suivi des indicateurs

Pendant toute la durée du contrat, la communauté professionnelle, l'Agence régionale de santé et l'organisme local de l'assurance maladie organisent des points d'échanges réguliers, au moins une fois par an, pour définir et suivre conjointement notamment :

- le calendrier de déploiement des missions ;
- l'intensité des moyens déployés pour réajuster au besoin le niveau des aides versées ;
- les indicateurs de suivi du déploiement de chaque mission et les objectifs fixés sur la base desquels sera calculé le montant alloué au titre des résultats observés ;
- l'adaptation, le cas échéant, du montant du financement accordé au regard de l'évolution de la taille de la communauté professionnelle ;
- le niveau d'atteinte des résultats obtenus en fonction des indicateurs de suivis choisis.

Ces échanges réguliers doivent également permettre d'identifier les besoins d'accompagnement de la communauté professionnelle par l'assurance maladie et l'Agence régionale de santé (ingénierie : mise à disposition de données, cartographie, lien avec les médiateurs des caisses, identification de certains acteurs du territoire, etc.).

Ces échanges peuvent donner lieu, le cas échéant, à la conclusion d'un ou plusieurs avenants au contrat initialement signé.

Article 4.2.2.2. La fixation des indicateurs pour le suivi et le financement des missions

Le présent article a pour objet de fixer les indicateurs d'actions et de résultats pour le suivi et le financement variable de chaque mission déployée dans le cadre du présent contrat.

Ces indicateurs doivent valoriser l'intensité des moyens mis en œuvre par la communauté professionnelle et mesurer l'impact des actions de la communauté sur le territoire. Le contrat doit ainsi déterminer :

- les indicateurs retenus pour le suivi des missions ;
- les indicateurs pris en compte dans le calcul du financement variable alloué à la communauté professionnelle, mesurant les effets des actions relevant du champ de responsabilité de la communauté professionnelle.

Certains indicateurs de suivi peuvent être aussi retenus pour le calcul du financement variable.

Le présent contrat fixe également les niveaux d'atteinte attendus pour tout ou partie de ces différents indicateurs au regard notamment de la situation constatée sur le territoire notamment au regard du diagnostic territorial élaboré par la communauté professionnelle.

Les indicateurs de suivi de la mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins sont définis à partir des indicateurs suivants :

- progression de la patientèle avec médecin traitant dans la population couverte par la communauté professionnelle ;
- réduction du pourcentage de patients sans médecin traitant pour les patients en affection de longue durée, les patients âgés de plus de 70 ans et les patients couverts par la CMU-C ;
- taux de passages aux urgences générales, pédiatriques et de gynécologie-obstétrique non suivis d'hospitalisation (indicateur décroissant) ;
- part des admissions directes en hospitalisation adressées par un professionnel de santé de ville (indicateur croissant) ;
- augmentation du nombre de consultations enregistrées dans le cadre du dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés mis en place.

Les parties signataires suivent l'ensemble de ces indicateurs et peuvent en retenir d'autres pour le suivi comme pour le calcul du financement variable.

La fixation des niveaux d'atteinte attendus pour tout ou partie de ces différents indicateurs est effectuée, au regard notamment de la situation constatée sur chaque territoire : *[liste des indicateurs retenus à mentionner dans chaque contrat individuel]*.

MISSIONS EN FAVEUR de l'amélioration de l'accès aux soins	DÉFINITION de l'indicateur fixé au niveau...	INDICATEURS D'ACTIONS et de résultats	OBJECTIFS fixés au niveau local [pouvant être différenciés par année du contrat] et choix selon le contrat de fixer un objectif sur tout ou partie de ces indicateurs
Favoriser l'accès aux soins au travers notamment des deux actions: – faciliter l'accès à un médecin traitant – améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville	National	La mission « Favoriser l'accès aux soins » pourrait se traduire par les indicateurs suivants: – progression de la patientèle avec MT/patients dans la population couverte par la communauté professionnelle en fonction des besoins identifiés sur le territoire; – réduction du % patients sans médecin traitant pour les patients en ALD, ou âgés de plus de 70 ans, ou couverts par la CMUC en fonction des besoins identifiés sur le territoire.	 %  %
Faciliter l'accès à un médecin traitant	Local	Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées [définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis]:  %  % Etc. 	 %  %
Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville	National	– Taux de passages aux urgences générales, pédiatriques et de gynécologie-obstétrique non suivis d'hospitalisation (indicateur décroissant) – Part des admissions directes en hospitalisation adressées par un professionnel de santé de ville (indicateur croissant) – Augmentation du nombre de consultations enregistrées dans le cadre du dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés.	----- % ----- % ----- %
Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville	Local	Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées [définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis]:  %  % Etc. 	 %  %

Pour les autres missions socles et optionnelles, les indicateurs d'actions et de résultats et les niveaux d'atteinte fixés sont définis ci-après :

MISSIONS	DÉFINITION de l'indicateur fixé au niveau...	INDICATEURS D'ACTIONS et de résultats	OBJECTIFS FIXÉS au niveau local [pouvant être différenciés par année du contrat]
Organisation des parcours/coordination	Local	Exemple d'indicateurs pour un parcours: nombre de patients effectivement accompagnés ayant bénéficié d'un parcours par rapport au potentiel de patients qui auraient pu en bénéficier ¹ [définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis]:  %  % Etc. 	 %  %

¹ Par exemple, si le parcours concerne la prise en charge des patients diabétiques, l'indicateur serait: nombre de patients diabétiques ayant bénéficié du parcours sur le nombre total de patients diabétiques sur le territoire couvert de la communauté avec des données qui pourraient être fournies notamment par l'assurance maladie.

MISSIONS	DÉFINITION de l'indicateur fixé au niveau...	INDICATEURS D'ACTIONS et de résultats	OBJECTIFS FIXÉS au niveau local [pouvant être différenciés par année du contrat]
Organisation des parcours/coordination	Local	Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées <i>[définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis]</i> : Etc.	
Prévention	Local	Exemples d'indicateurs: nombre d'actions de prévention ou de dépistage déployées, nombre de patients bénéficiant de ces actions, évaluation de la satisfaction des patients, etc. <i>[définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis:]</i> Etc.	
Prévention	Local	Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées <i>[définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis]</i> : Etc.	
Qualité et Pertinence	Local	Exemples d'indicateurs: nombre de thématiques abordées, nombre de professionnels de santé participant dans aux groupes d'analyse de pratiques pluri-professionnelles, réalisation de plan d'actions, etc. <i>[définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis]</i> : Etc.	
Qualité et Pertinence	Local	Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées <i>[définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis]</i> : Etc.	
Accompagnement des professionnels de santé	Local	<i>[définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis]</i> : Etc.	
Accompagnement des professionnels de santé	Local	Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées <i>[définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis]</i> : Etc.	

Article 5

Montant des financements alloués à la communauté professionnelle

Avant le démarrage des missions choisies par la communauté professionnelle :

MONTANT ANNUEL	COMMUNAUTÉ de taille 1	COMMUNAUTÉ de taille 2	COMMUNAUTÉ DE TAILLE 3	COMMUNAUTÉ de taille 4
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €
<i>[mentionner uniquement le montant financier de la taille de la communauté professionnelle signataire du contrat]</i>				

Ce montant est versé dès la signature du contrat, en une seule fois, pour couvrir les besoins de la communauté professionnelle pendant la période préparatoire nécessaire au déploiement des missions choisies.

À compter du démarrage de chaque mission choisie par la communauté professionnelle (en fonction du calendrier de déploiement défini dans le présent contrat – cf. article 3 du présent contrat) :

(Chaque contrat est à compléter en fonction de la taille de la communauté professionnelle, des missions choisies, des engagements pris, etc.)

MONTANT ANNUEL		COMMUNAUTÉ de taille 1	COMMUNAUTÉ de taille 2	COMMUNAUTÉ de taille 3	COMMUNAUTÉ de taille 4
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	Total	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €
Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle) :	Volet Fixe/Moyens	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet variable/actions et résultats	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet lié à l'organisation des soins non programmés Compensation des professionnels de santé	10 000 €	12 000 €	15 000 €	20 000 €
	Volet supplémentaire lié à l'organisation des soins non programmés : Financement spécifique pour le traitement et l'orientation des demandes de soins non programmés	35 000 €	45 000 €	55 000 €	70 000 €
	Total **	40 000 €	47 000 €	65 000 €	80 000 €
Missions en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient (socle)	Volet Fixe/Moyens	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Volet variable/actions et résultats	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Total	50 000 €	70 000 €	90 000 €	100 000 €
Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention (socle)	Volet Fixe/Moyens	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Volet variable/actions et résultats	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Total	20 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €

MONTANT ANNUEL		COMMUNAUTÉ de taille 1	COMMUNAUTÉ de taille 2	COMMUNAUTÉ de taille 3	COMMUNAUTÉ de taille 4
Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins (optionnel)	Volet Fixe/Moyens	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Volet variable/ actions et résultats	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Total	15 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €
Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (optionnel)	Volet Fixe/Moyens	5000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Volet variable/ actions et résultats	5000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Total	10 000 €	15 000 €	20 000 €	30 000 €
Financement total possible**	Volets fixe et variable	185 000 €	242 000 €	315 000 €	380 000 €

* Les montants mentionnés dans le volet variable/actions et résultats correspondent à un taux d'atteinte de 100 %.
 ** Note : ces montants n'intègrent pas le financement spécifique à l'organisation du dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés.
 [mentionner uniquement le montant financier de la taille de la communauté professionnelle signataire du contrat]

Article 6

Les modalités de versement du financement alloué

Article 6.1. Versement du volet financement du fonctionnement de la communauté professionnelle

Le versement du montant alloué au fonctionnement de la communauté professionnelle avant le démarrage des missions est déclenché dès la signature du contrat (versement du montant dans son intégralité), sous réserve de la vérification de la complétude du dossier dont les documents justificatifs sont précisés à l'article 1 du contrat.

Ensuite, à partir du démarrage des missions, et pour permettre à la communauté professionnelle de les déployer un montant est versé chaque année à la date anniversaire du contrat au titre du fonctionnement de la structure. Afin de permettre à la communauté d'engager les investissements nécessaires pour la réalisation des missions, une avance d'un montant de 75 % de la somme totale due est versée à au début de chaque année (en référence à la date anniversaire du contrat) soit un montant de XX XXX (*en fonction de la taille de la communauté*).

Le solde de ce volet est versé au moment du versement du solde total de la rémunération due au titre de l'année précédente (rémunérations au titre du fonctionnement de la communauté professionnelle et de la réalisation des missions versées au même moment).

Article 6.2. Versement du volet de financement consacré aux missions

Dès la date de démarrage de chaque mission, une avance d'un montant de 75% de l'enveloppe allouée aux moyens déployés pour la mission dite «enveloppe fixe», est versée pour chaque mission choisie. En fonction de la date de démarrage de la mission, le montant dû au titre de ce premier versement au titre de chaque mission est proratisé en fonction de la durée comprise entre la date de démarrage de chaque mission et la date anniversaire du contrat (*à détailler en fonction de la situation de chaque communauté professionnelle*).

Après la première année de mise en œuvre du contrat, sont versés, chaque année, au plus tard, dans les deux mois suivant la date anniversaire du contrat soit avant le XX XX et au regard des échanges évoqués à l'article 4.2.2.1 du présent contrat :

- le solde de l'année *N* et l'avance pour l'année *N + 1* du montant alloué au titre de l'enveloppe fixe défini à l'article 5 du présent contrat ;
- le solde de l'année *N* au titre de l'enveloppe variable allouée au titre du niveau d'intensité des actions engagées pour la réalisation des missions et des résultats atteints en fonction des objectifs fixés.

Un schéma récapitulatif des modalités de versement des différents montants alloués à la communauté professionnelle figure en annexe du présent contrat.

Article 7

La durée du contrat et la conclusion d'avenants

La durée du contrat est de cinq ans, dans la limite de la durée de validité de l'accord conventionnel interprofessionnel applicable aux communautés professionnelles territoriales de santé.

Un ou plusieurs avenants au contrat peuvent être conclus à tout moment en cas de modifications souhaitées par les parties signataires sur les termes du contrat : modification de taille de la communauté professionnelle, modifications intervenues dans les missions choisies, modifications sur les indicateurs de suivi mis en place etc.

Article 8

Les modalités de résiliation du contrat

Article 8.1. La résiliation à l'initiative de la communauté professionnelle territoriale de santé

La communauté professionnelle territoriale de santé signataire du présent contrat a la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'assurance maladie et à l'Agence régionale de santé signataires dudit contrat. Cette résiliation est effective deux mois après réception de la lettre de résiliation adressée par le ou les représentants de la communauté professionnelle.

Article 8.2. La résiliation par la caisse d'assurance maladie et l'Agence régionale de santé

Le contrat peut également faire l'objet d'une résiliation à l'initiative de l'organisme local d'assurance maladie ou de l'Agence régionale de santé dans les cas suivants :

- si la communauté professionnelle ne respecte pas de manière manifeste les termes du contrat (missions non mises en œuvre, etc.);
- si la communauté professionnelle ne remplit plus les conditions d'éligibilité au contrat.

Cette résiliation est effective deux mois après réception de la lettre de résiliation notifiée par l'organisme local d'assurance maladie.

Dans ce délai, la communauté professionnelle a la possibilité de saisir la commission paritaire locale de son ressort géographique prévue à l'article 12.3 de l'accord conventionnel interprofessionnel, dans les conditions définies à l'article 12.4 dudit l'accord.

Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

Article 8.3. Les conséquences de la résiliation

En cas de résiliation du contrat, quelle qu'en soit l'origine, le calcul de la rémunération due au titre de l'année du contrat au cours de laquelle cette résiliation est intervenue, est effectué au prorata tempore de la durée effective du contrat au cours de ladite année (en référence à la date anniversaire du contrat).

Dans le cas où la rémunération calculée selon les modalités ci-dessus venait à être inférieure à l'avance versée à la communauté professionnelle, dans les conditions définies à l'article 6 du présent contrat, quelle que soit l'origine de la résiliation, la communauté professionnelle est tenue de procéder au remboursement de la différence à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation.

Fait à **XXXX** en **XXXX** [nombre de signataires] exemplaires le **XXXX**.

Pour le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie/caisse générale de sécurité sociale de **XXXX**

Pour le directeur de l'agence régionale de santé de **XXXXX**

Pour la communauté professionnelle territoriale de santé : raison sociale (numéro FINESS le cas échéant ou autre immatriculation : **_____**)

Représentée(s) par **XXXXX** agissant en qualité de représentant(s) de la communauté professionnelle.

ANNEXE 2

TABLEAU RÉCAPITULATIF DU CALENDRIER DE DÉPLOIEMENT DES MISSIONS

CATÉGORIE	LIBELLÉ	DÉLAI pour le démarrage de la mission après la signature du contrat	DÉLAI MAXIMUM pour le déploiement de la mission après la signature du contrat
Socle	Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins	6 mois	18 mois
Socle	Missions en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient	12 mois	24 mois
Socle	Missions en faveur du développement d'actions coordonnées de prévention	12 mois	24 mois
Complémentaire (optionnel)	Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins	Pas de délai particulier	Pas de délai particulier
Complémentaire (optionnel)	Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire	Pas de délai particulier	Pas de délai particulier

ANNEXE 3

INDICATEURS D'ACTIONS ET DE RÉSULTATS DES MISSIONS

MISSIONS en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins	INDICATEURS D'ACTIONS ET DE RÉSULTATS	DÉFINITION de l'indicateur fixé au niveau...	OBJECTIFS fixés au niveau...
Favoriser l'accès aux soins au travers notamment des deux actions: – faciliter l'accès à un médecin traitant; – améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville; – faciliter l'accès à un médecin traitant.	La mission « Favoriser l'accès aux soins » pourrait se traduire par les indicateurs suivants: Progression de la patientèle avec MT/patients dans la population couverte par la communauté professionnelle en fonction des besoins identifiés sur le territoire Réduction du % patients sans médecin traitant pour les patients en ALD, ou âgés de plus de 70 ans, ou couverts par la CMUC en fonction des besoins identifiés sur le territoire	National	Local
Faciliter l'accès à un médecin traitant	Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées	Local	Local
Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville	Taux de passages aux urgences générales, pédiatriques et de gynécologie-obstétrique non suivis d'hospitalisation (indicateur décroissant) Part des admissions directes en hospitalisation adressées par un professionnel de santé de ville (indicateur croissant) Augmentation du nombre de consultations enregistrées dans le cadre du dispositif de traitement et d'orientation des soins non programmés. Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées	National Local	Local Local

Pour les autres missions socles et optionnelles, les indicateurs d'actions et de résultats et les niveaux d'atteinte fixés sont définis au niveau de chaque contrat. Quelques exemples d'indicateurs pouvant être retenus sont mentionnés dans le tableau ci-après.

MISSIONS	INDICATEURS D'ACTIONS ET DE RÉSULTATS	DÉFINITION de l'indicateur fixé au niveau...	OBJECTIFS fixés au niveau...
Organisation des parcours/coordination	Exemple d'indicateurs pour un parcours : nombre de patients effectivement accompagnés ayant bénéficié d'un parcours par rapport au potentiel de patients qui auraient pu en bénéficier ²	Local	Local
Organisation des parcours/coordination	Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées	Local	Local
Prévention	Exemples d'indicateurs : nombre d'actions de prévention ou de dépistage déployées, nombre de patients bénéficiant de ces actions, évaluation de la satisfaction des patients, etc	Local	Local
Prévention	Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées	Local	Local
Qualité et Pertinence	Exemples d'indicateurs : nombre de thématiques abordées, nombre de professionnels de santé participant aux groupes d'analyse de pratiques pluri-professionnelles, réalisation de plan d'actions, etc	Local	Local
Qualité et Pertinence	Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées	Local	Local
Accompagnement des professionnels de santé	À définir	Local	Local
Accompagnement des professionnels de santé	Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées	Local	Local

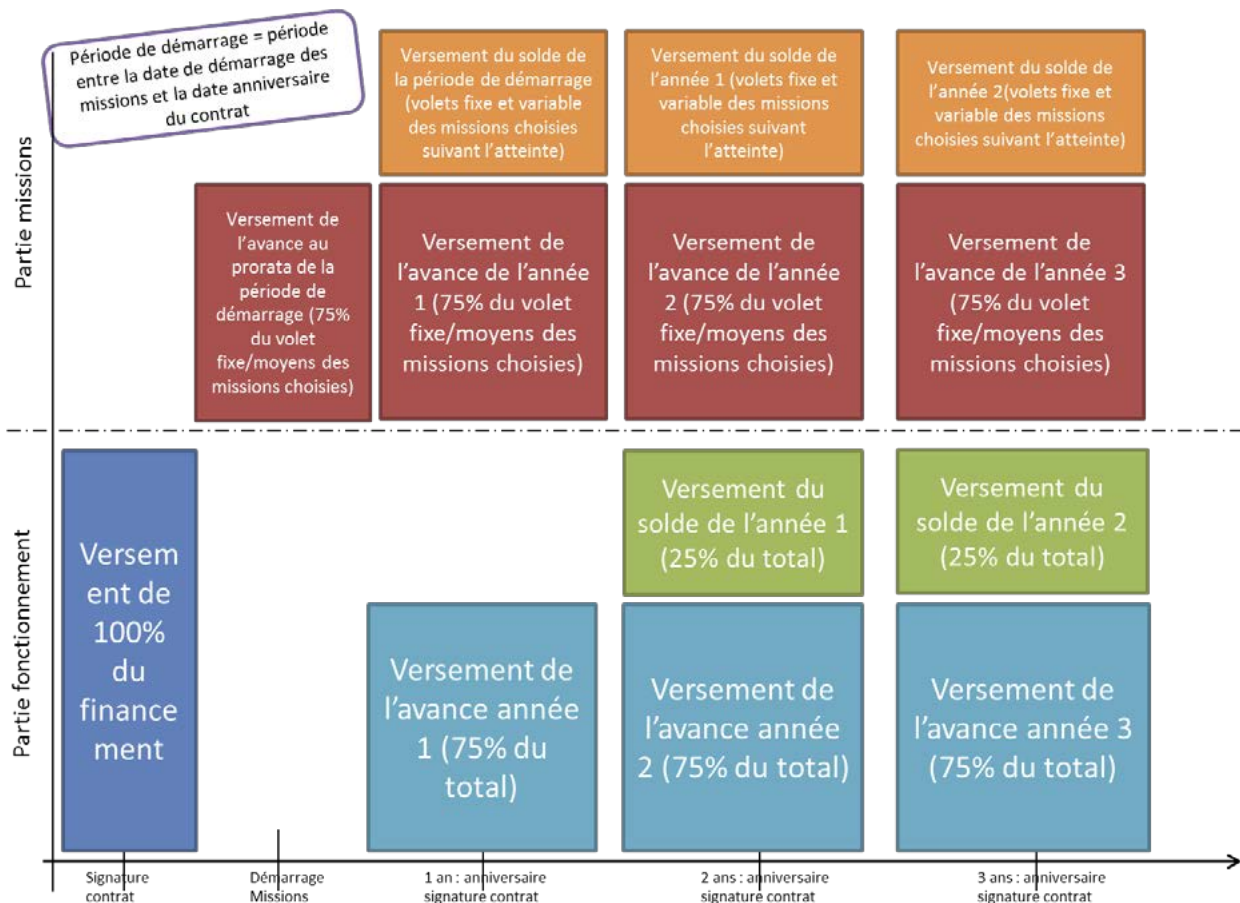
² Par exemple, si le parcours concerne la prise en charge de patients diabétiques, l'indicateur serait : nombre de patients diabétiques ayant bénéficié du parcours sur le nombre total de patients diabétiques sur le territoire couvert par la communauté avec des données qui pourraient être fournies, notamment par l'assurance maladie.

ANNEXE 4

SCHÉMAS DES MODALITÉS DE VERSEMENT DES FINANCEMENTS

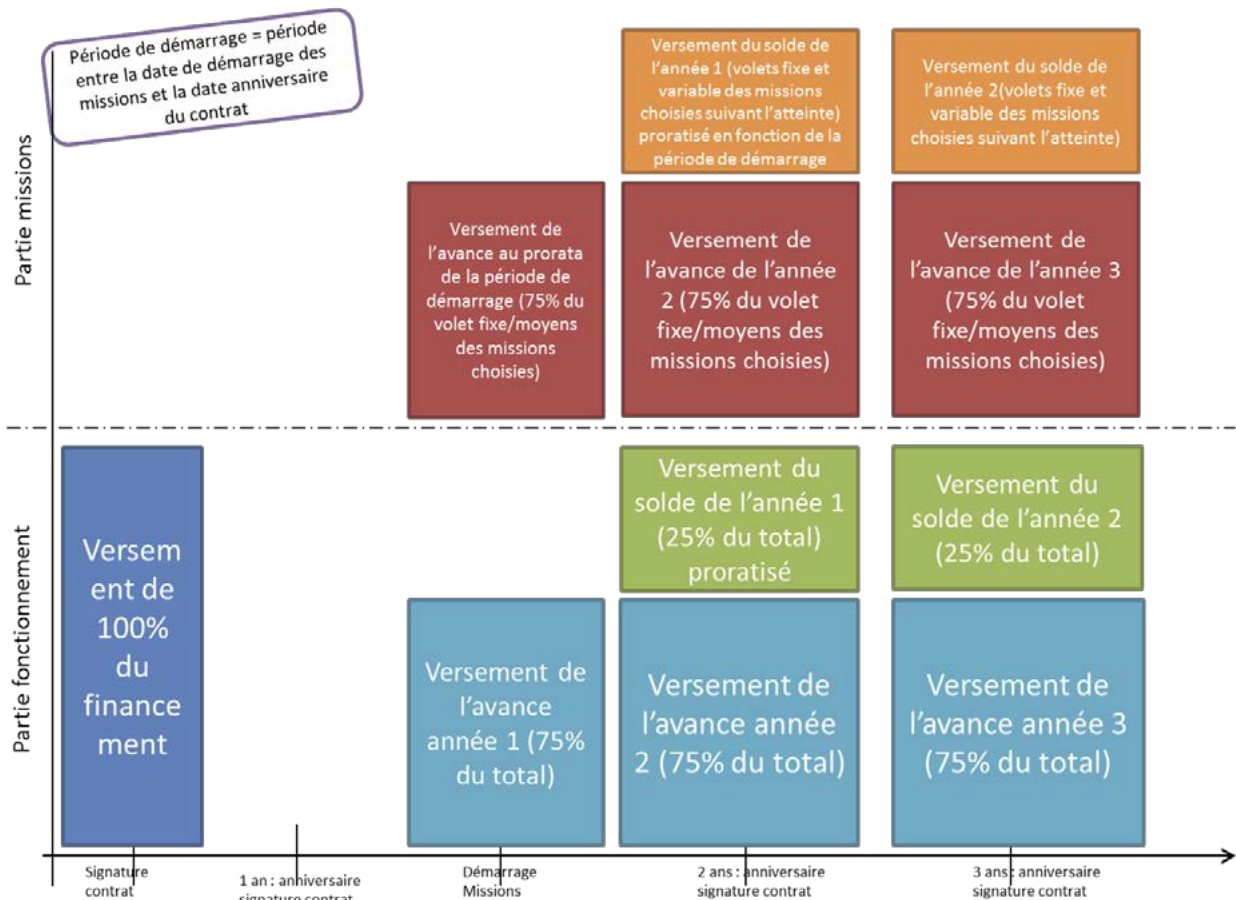
Cas 1:

Cas où la date de démarrage des missions intervient **avant** la date anniversaire du contrat



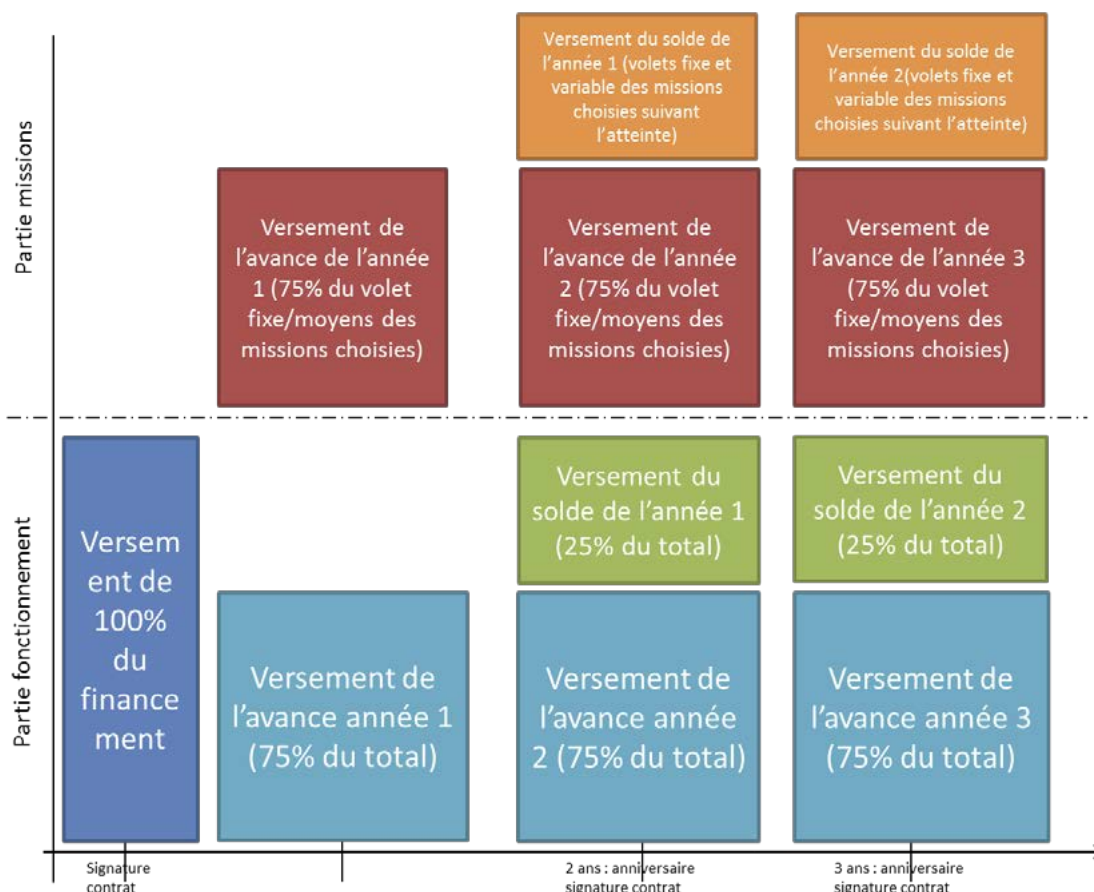
Cas 2 :

Cas où la date de démarrage des missions intervient **après** la date anniversaire du contrat



Cas 3:

Cas où la date de démarrage des missions intervient **correspond** à la date anniversaire du contrat



ANNEXE 5

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE LA COMMISSION PARITAIRE NATIONALE, DES COMMISSIONS PARITAIRES RÉGIONALES ET DES COMMISSIONS PARITAIRES LOCALES DES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ

Les dispositions du présent règlement intérieur sont applicables à la commission paritaire nationale et aux commissions paritaires régionales et locales des communautés professionnelles territoriales de santé prévues aux articles 12.1, 12.2 et 12.3 du présent accord.

Article 1^{er}

Organisation de la commission paritaire nationale et des commissions paritaires régionales et locales des communautés professionnelles territoriales de santé

Article 1.1. Secrétariat des commissions

Le secrétariat de la commission paritaire nationale des communautés professionnelles territoriales de santé est assuré par la Cnam.

Le secrétariat des commissions paritaires régionales des communautés professionnelles territoriales de santé est assuré par les cellules de coordination régionales de gestion du risque.

Le secrétariat des commissions paritaires locales des communautés professionnelles territoriales de santé est assuré par les CPAM ou les CGSS.

Article 1.2. Organisation des réunions des commissions

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres des commissions au moins quinze jours avant la date de réunion. L'ordre du jour est envoyé au moins cinq jours avant la tenue de la réunion après avis des présidents de chaque section.

La commission paritaire nationale se réunit en tant que de besoin, à la demande de chaque section, et au minimum deux fois dans l'année.

Les commissions paritaires régionales et locales se réunissent en tant que de besoin, à la demande de chaque section, et au minimum une fois dans l'année.

Article 1.3. Présidence de sections et des commissions

Lors de la première réunion de la commission, chaque section désigne son président parmi les représentants membres de cette instance. À tout moment, chaque section a la possibilité de désigner un nouveau président de section.

Les présidents de chacune des sections assurent par alternance annuelle, par année civile, la présidence et la vice-présidence des commissions.

La présidence est assurée pour la première année par un membre de la section sociale.

Article 2

Délibérations des commissions

Les commissions ne peuvent valablement délibérer que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée.

Le quorum correspond à un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié du nombre des membres composant chacune des sections.

La parité nécessite un nombre égal de membres présents ou représentés dans la section professionnelle et dans la section sociale.

En cas d'impossibilité de siéger, les membres des commissions se font représenter par leur suppléant ou donnent délégation de vote à un autre membre de la même section.

Aucun membre ne peut recevoir plus de 3 délégations.

Pour les points à l'ordre du jour requérant un vote, la commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs ou nuls ou des abstentions.

En cas de partage des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance lequel s'établit alors à bulletin secret.

En cas de maintien du partage égal des voix à l'issue du second vote, l'absence d'accord est actée dans le procès-verbal.

Les délibérations font l'objet d'un relevé de décisions établi par le secrétariat de la commission dans les deux mois de la tenue de la commission. Il est approuvé et signé par les deux présidents de section de la commission. Il est ensuite adressé par mail aux membres de la commission, puis soumis à l'approbation des membres à la séance suivante.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations dans les conditions prévues par le code pénal.

Article 3

Indemnisation des membres des commissions

Les membres de la section professionnelle de la commission paritaire nationale et des commissions paritaires régionales et locales des communautés professionnelles territoriales de santé perçoivent une indemnisation (ainsi que la prise en charge des frais de déplacement), par séance des commissions, identique à celle fixée pour la représentation aux instances paritaires définies dans chacune des conventions nationales organisant les relations entre l'assurance maladie et les catégories de professionnels de santé ou les centres de santé siégeant dans les commissions.

Chaque membre de la section professionnelle de la commission a la possibilité d'être accompagné par un expert technique lequel ne pourra bénéficier d'aucune indemnisation.

Les membres siégeant à titre consultatif au sein de la commission paritaire nationale et des commissions paritaires régionales et locales des communautés professionnelles territoriales de santé bénéficient d'une prise en charge de leurs frais de déplacement.

Article 4

Situation de carence au sein des commissions

Il y a situation de carence dans les cas suivants :

- défaut d'installation dans le délai imparti résultant de l'incapacité d'une section à désigner ses membres ;
- dysfonctionnement : non tenue de réunion résultant de l'incapacité répétée (deux fois consécutives) des sections soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun du fait de l'une ou l'autre section ;
- absence répétée de quorum (deux fois consécutives) à des réunions ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre section ;
- refus répété (deux fois consécutives), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour ;
- défaut de parité au sein des commissions.

Dans ces cas, un constat de carence est dressé. Le cas échéant, la section à l'origine de la situation de carence est invitée par le président ou le vice-président de la commission à prendre toute disposition pour remédier à la situation.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce qu'il soit remédié à cette situation.

Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point.

ANNEXE 2

LISTE DES ORGANISATIONS SYNDICALES SIGNATAIRES

Liste des organisations syndicales représentatives des professions de santé ayant signé l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé

(Liste arrêtée au 9 septembre 2019) – 41 OSR

Fédération française des médecins généralistes
Confédération des syndicats médicaux français
Syndicats des médecins libéraux
Chirurgiens-dentistes de France
Union dentaire des chirurgiens-dentistes
Union nationale et syndicale des sages-femmes
Organisation nationale des syndicats de sages-femmes
Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux
Fédération nationale des infirmiers
Convergence infirmière
Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs
Union nationale des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes libéraux
Fédération nationale des orthophonistes
Syndicat national autonome des orthoptistes
Fédération nationale des podologues
Chambre nationale des services d'ambulances
Fédération nationale des transporteurs sanitaires
Fédération nationale des ambulanciers privés
Fédération nationale des centres de santé
Croix-Rouge française
Fédération des mutuelles de France
Fédération nationale de la mutualité française
Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles
Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural
Adessadomicile
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines
Fédération nationale des institutions de santé et d'action sociale d'inspiration chrétienne
Confédération des centres de santé
Syndicat des biologistes
Syndicat national des médecins biologistes
Syndicat des laboratoires de biologie clinique
Syndicat des jeunes biologistes médicaux
Fédération des syndicats pharmaceutiques de France
Union des syndicats de pharmaciens d'officine
Syndicat national des audioprothésistes
Fédération nationale des opticiens de France
Rassemblement des opticiens de France
Fédération française des podo-orthésistes
Union française des orthoprothésistes
Syndicat national de l'orthopédie française
Syndicat national des entreprises de l'audition

ANNEXE 3

FICHE SIGNALÉTIQUE CPTS

Fiche signalétique CPTS à remplir au stade de lettre d'intention validée

Nom de la CPTS:

Leader ou personne contact (adresse mail): @

Ville principale du territoire:

Population concernée:

Orientations retenues pour le projet de santé

Accès aux soins

- ☐ Organisation des soins non programmés
- ☐ Accès à un médecin traitant
- ☐ Développement de la télésanté (télémédecine et/ou télésoins) *même si dans l'ACI il ne s'agit pas d'une mission prioritaire valorisée en tant que tel

Parcours pluri-professionnels

Organisation des soins	Pathologies
☐ Articulation entre 1 ^{er} et 2 ^e recours ☐ Organisation des entrées/sorties en établissement de santé (y compris RAC) ☐ Coopérations et délégations d'activités médecins – autres professionnels de santé ☐ Coopération médecin pharmacien (pharmacien correspondant et dispensation par le pharmacien de médicament à PMO)	☐ Prise en charge des personnes âgées (PA) ☐ Prise en charge des personnes handicapées (PH) ☐ Santé des nourrissons et des enfants ☐ Hypertension artérielle/maladies cardio-vasculaires ☐ insuffisance cardiaque chronique ☐ Psychiatrie – santé mentale ☐ Cancers ☐ Diabète ☐ BPCO/maladies respiratoires chroniques/asthme ☐ Insuffisance rénale chronique ☐ Epilepsie/maladies neurologiques (hors Alzheimer) ☐ Organisation de la filière visuelle ☐ Soins palliatifs – fin de vie ☐ Lombalgies chroniques invalidantes ☐ Prise en charge des addictions ☐ Prise en charge de la douleur chronique ☐ Prise en charge des grossesses à risque/ suivi des femmes enceintes ☐ Prise en charge des plaies chroniques ☐ Prise en charge des patients obèses

Prévention

- ☐ Promotion de l'activité physique adaptée
- ☐ Éducation nutritionnelle/prévention de l'obésité
- ☐ Lutte contre l'antibio-résistance
- ☐ Accès aux soins et prévention auprès des populations vulnérables

- ☐ Dépistage des cancers
- ☐ Autres dépistages
- ☐ Couverture vaccinale
- ☐ Santé sexuelle
- ☐ Santé – environnement
- ☐ TMS/santé au travail/prévention de la désinsertion professionnelle
- ☐ Santé du nourrisson, de l'enfant
- ☐ Santé mentale, risques psycho-sociaux
- ☐ Prévention bucco-dentaire (enfant, femme enceinte, adulte, personne âgées)

Mission qualité et pertinence

- ☐ Parcours qualité pertinence (au moins un)
- ☐ Pertinence des prescriptions/iatrogénie médicamenteuse
- ☐ Autre mission qualité pertinence

Mission accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

- ☐ Développement de la maîtrise de stage et des lieux de stage
- ☐ Autre mission

ANNEXE 4

NOTE DE PRÉSENTATION DE L'ACCORD

Accord conventionnel interprofessionnel en faveur du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) en faveur du déploiement des CPTS signé le 20 juin 2019 (arrêté du 21 août 2019 JO du 25 août 2019) entre les représentants de l'ensemble des professions de santé (liste des organisations syndicales signataires à ce jour en annexe de la présente note), les organisations représentatives des centres de santé et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie a pour objectif d'apporter un financement pérenne aux communautés professionnelles, afin de les soutenir au mieux dans les réponses qu'elles apportent aux besoins de santé de la population au sein des territoires.

L'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du déploiement des maisons de santé pluri professionnelles et l'accord national des centres de santé ont contribué ces dernières années au développement de l'exercice coordonné à l'échelle d'une patientèle pour apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients.

Comme rappelé dans l'accord cadre interprofessionnel (ACIP) signé le 10 octobre 2018 (JO 7 avril 2019) entre l'Union nationale des professions de santé et l'UNCAM, l'exercice coordonné implique également que les professionnels de santé s'organisent pour apporter une réponse collective aux besoins de santé de la population de chaque territoire. Ce niveau de coordination à l'échelle des territoires correspond aux missions confiées aux communautés professionnelles territoriales de santé. Ces communautés qui sont nécessairement à l'initiative des professionnels de santé eux-mêmes sont constituées en fonction des collaborations d'ores et déjà existantes, des flux et mobilités des patients, des parcours, etc. (taille du territoire de la communauté définie en fonction de ces critères) et s'organisent autour de missions en fonction des besoins du territoire défini.

Ce nouvel accord conventionnel va donc permettre d'accompagner les acteurs de santé de chaque territoire dans leurs démarches engagées pour mieux travailler ensemble de manière coordonnée pour répondre aux besoins de la population et améliorer également leurs conditions d'exercice au quotidien : organisation coordonnée pour faciliter l'accès aux soins et la fluidité des parcours, développement des échanges entre acteurs de santé pour mieux se connaître, échanger sur les pratiques, mutualiser certaines organisations ou outils, etc. Il permet en effet un soutien logistique et financier sur la durée (contrat de 5 ans renouvelable).

L'accord conventionnel est conçu de manière à s'adapter à la spécificité de chaque territoire et de chaque communauté professionnelle et à prendre en compte la montée en charge progressive de ces dernières.

Le contrat conclu entre la CPTS, l'Agence régionale de santé (ARS) et l'assurance maladie (CPAM/CGSS) est co-construit et comporte des dispositions individualisées sur les moyens engagés et les objectifs fixés.

Tout au long du contrat, un accompagnement individualisé est organisé avec des points d'échanges réguliers pour suivre la montée en charge de l'organisation de la communauté, la mise en place progressive des missions. Le contrat initial peut être modifié à tout moment, par avenant, s'il apparaît nécessaire de le faire évoluer (sur les moyens engagés, le contenu des missions, les objectifs fixés, la taille de la communauté etc.).

I. – MODALITÉS DE CONTRACTUALISATION DES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES À L'ACI DES CPTS

a) Éligibilité des CPTS

Les CPTS éligibles au contrat type défini dans l'ACI sont définies à l'article L.1434-12 du code de la santé publique.

Elles peuvent être composées de :

- professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires ;

- d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L.1411-11 et L.1411-12;
- d'acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

Pour être éligibles au contrat de l'ACI, le projet de santé de la communauté doit être validé par l'Agence régionale de santé en collaboration avec l'assurance maladie (projet établi par la communauté en cohérence avec le projet régional de santé).

Dès l'élaboration du projet de santé, les communautés professionnelles peuvent bénéficier d'un accompagnement de l'ARS et de l'assurance maladie: aide à l'élaboration du diagnostic territorial nécessitant l'examen de données et caractéristiques de la population, de l'offre de soins du territoire afin d'identifier les besoins de la population et les actions à mettre en œuvre pour y répondre, aide financière accordée par les ARS issue du Fonds d'intervention régional (FIR) pour tenir compte du temps passé par les professionnels pour travailler sur le projet de santé, de la nécessité de recruter un coordonnateur, relai d'information des CPAM/CGSS et des ARS vers les professionnels de santé du territoire pour faire connaître le projet, etc.

Comme indiqué supra dans le cadre du projet de santé la communauté définit son territoire en fonction des collaborations d'ores et déjà existantes, des flux et mobilités des patients, des parcours, etc. (taille du territoire de la communauté définie en fonction de ces critères).

Chaque communauté professionnelle recouvre un territoire, en cohérence avec le territoire des autres communautés dans la mesure où l'intervention des deux communautés sur un même territoire ne serait pas compréhensible et lisible pour la population et les professionnels de santé.

La validation du projet de santé peut intervenir antérieurement ou postérieurement à l'entrée en vigueur de l'ACI (article L.1434-12 du CSP).

b) Statut juridique des CPTS

Pour pouvoir bénéficier de financements publics, la CPTS doit avoir une existence juridique. Toutefois, ni la loi ni l'accord conventionnel n'imposent de statut particulier aux communautés professionnelles, les acteurs sont libres de s'organiser comme ils le souhaitent.

Le statut associatif (loi 1901) est, dans la majorité des cas, la solution la plus adaptée.

- souple: les professionnels peuvent définir dans les statuts les règles de gouvernance de leur choix;
- inclusif: l'association peut compter parmi ses adhérents des personnes physiques et des personnes morales (établissements de santé ou médico-sociaux, centres de santé, par exemple);
- simple d'usage: constitution par simple dépôt des statuts en préfecture, procédure d'adhésion peu formalisée.

Si l'ARS ou l'assurance maladie n'ont pas vocation à intervenir dans l'organisation interne de la CPTS, elles peuvent jouer un rôle de conseil et d'accompagnement au moment de la rédaction des statuts notamment.

c) Mode de contractualisation CPTS/AM/ARS

Après validation du projet de santé, un contrat individualisé est signé par la CPTS, la caisse d'assurance maladie (CPAM/CGSS) et l'ARS.

Lorsque le territoire d'une communauté relève de plusieurs caisses d'assurance maladie, la compétence revient à celle du siège de la communauté professionnelle.

Au-delà du contrat type défini dans l'accord conventionnel, le contrat individualisé de la communauté doit être élaboré de manière partenariale au niveau des territoires de manière à adapter, au plus près des besoins du territoire les moyens engagés par la communauté, les modalités de déploiement de ces missions, les objectifs fixés et les conditions d'évaluation de l'impact des résultats obtenus. Le contenu de chaque contrat peut être adapté régulièrement en fonction de la montée en charge de la communauté notamment. Cette faculté d'adaptation implique d'organiser régulièrement, au moins annuellement, des temps d'échanges entre les signataires du contrat.

II. – MISSIONS DES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES

A. – LES MISSIONS PRIORITAIRES

1. Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins

1.a. *Mission Faciliter l'accès à un médecin traitant*

Un nombre important de patients rencontre des difficultés d'accès à un médecin traitant. La CPTS correspond au bon maillage pour mettre en place une organisation facilitant la recherche d'un médecin traitant pour ces patients dans le respect du libre choix des patients et des médecins.

Pour répondre à cette mission, le coordinateur de la CPTS peut organiser en lien avec les médecins de la communauté, la répartition des patients en recherche de médecin traitant en fonction de leur disponibilité et de leur accord pour prendre de nouveaux patients (pour les patients qui acceptent de bénéficier de cette organisation/respect du libre choix du patient). Une attention particulière est à porter sur certains patients en situation de fragilité qui n'auraient pas de médecin traitant (patients en ALD, patients de plus de 70 ans, patients en situation de précarité ou bénéficiaires de l'AME/CMUC). L'orientation vers la CPTS des patients en recherche de médecin traitant sur un territoire est à organiser en lien avec l'assurance maladie.

1.b. *Mission Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville*

L'objectif de cette mission est de proposer une organisation permettant la prise en charge le jour-même ou dans les 24 heures de la demande d'un patient du territoire en situation d'urgence ressentie qui ne relève pas médicalement de l'urgence et ne nécessite pas systématiquement une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences.

Cette mission implique à la fois les médecins de premier et de second recours et également les autres professions concernées par ces demandes de soins non programmés dans leurs champs de compétences respectifs.

Grâce à l'organisation territoriale des soins non programmés mise en place au sein de la CPTS, la gestion de l'emploi du temps des médecins peut être facilitée. En effet, les patients seront orientés vers le médecin qui a libéré un créneau à ce moment-là. Ce sont les médecins eux-mêmes qui décident selon leurs disponibilités et leur organisation sur quels créneaux ils assureront, à tour de rôle, la réponse aux soins non programmés.

Pour réaliser cette mission, les communautés identifient les organisations déjà existantes afin de définir les solutions d'organisation qui pourraient être proposées au regard des besoins identifiés dans le cadre du diagnostic territorial (par exemple : plages de soins non programmés à ouvrir, rôle des maisons de garde hors organisation de la PDSA, accès simple à des examens de radiologie/biologie, mise en place de protocoles entre professionnels de santé...).

Un dispositif de compensation financière, en cas d'éventuelles pertes d'activité liées à l'organisation des soins non programmés, peut être mis en place pour les professionnels de santé impliqués dans cette organisation territoriale.

Les CPTS peuvent également recevoir un financement dédié spécifique lorsqu'elles mettent en place un dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés comprenant *a minima* une orientation téléphonique par un personnel formé pour apprécier si la demande relève bien des soins non programmés. Suivant la priorité de cette demande, une mise en contact du patient avec le professionnel de santé disponible et le plus proche doit ainsi être opérée. Cette organisation peut être mutualisée avec d'autres CPTS. À la différence des autres montants versés dans le cadre de l'accord conventionnel pour lesquels la communauté dispose d'une liberté d'affectation des fonds alloués, les sommes versées au titre de ce dispositif spécifique de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés ne peuvent être utilisées que dans ce cadre.

1.c. Développer le recours à la télésanté

Il est rappelé dans l'accord conventionnel que les CPTS constituent un cadre particulièrement adapté à la création d'organisations territoriales coordonnées susceptibles de favoriser le développement du recours aux actes de télémédecine dans le respect du parcours de soins.

2. Mission en faveur de l'organisation des parcours pluri-professionnels autour du patient

Les professionnels de santé qui se sont d'ores et déjà investis dans la mise en place d'une communauté professionnelle témoignent tous du fait que cette dernière leur a permis de mieux connaître les acteurs de santé de leurs territoires (confrères, autres professionnels de santé, structures sanitaires, médico-sociales, etc.). Cette meilleure connaissance leur permet ensuite de mieux orienter leurs patients dans le parcours de soins.

Pour répondre à cette mission, la CPTS propose des parcours pluri-professionnels répondant aux besoins des territoires notamment pour améliorer la prise en charge et le suivi des patients (éviter les ruptures de parcours, favoriser le maintien à domicile, etc.). Ces parcours impliquent une gestion coordonnée entre les professionnels de santé autour du patient (lien entre premier et second recours, lien ville-hôpital, partage d'information...).

Exemples de parcours: parcours à destination des patients en risque de fragilité, en situation de handicap, parcours en faveur des personnes âgées favorisant le maintien à domicile ou parcours répondant plus spécifiquement à un besoin du territoire (prévention des addictions, renoncement aux soins, etc.).

3. Mission en faveur du développement des actions territoriales de prévention

La CPTS permet de mutualiser dans une dimension pluri-professionnelle l'organisation des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.

Ces actions coordonnées et conjuguées sont plus efficaces auprès des patients (message porté et répété par l'ensemble des professionnels de santé). Les membres de la communauté doivent, pour répondre à cette mission, définir ensemble les actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé. Les actions à retenir sont celles qui répondent à un besoin du territoire (thèmes les plus adaptés, effectifs de la population concernés, enjeux de santé publique, etc.) et pour lesquelles une prise en charge à dimension pluri-professionnelle constitue un gage de réussite.

B. – LES MISSIONS COMPLÉMENTAIRES ET OPTIONNELLES

1. Les actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins

Dans le cadre de cette mission, les communautés professionnelles peuvent notamment organiser des moments d'échanges formalisés sur les pratiques, des concertations autour de cas patients, formaliser des retours d'expérience en vue de définir des pistes d'amélioration et d'harmonisation des pratiques qui apparaissent intéressantes à développer dans une dimension pluri-professionnelle.

Les thèmes de ces échanges sont à définir au sein de chaque communauté en fonction des besoins identifiés sur le territoire.

L'organisation de ces échanges doit rester souple et adaptée aux situations du territoire sans référence obligatoire à un cahier des charges particulier, comme cela peut être le cas pour les groupes qualité médecins mis en place.

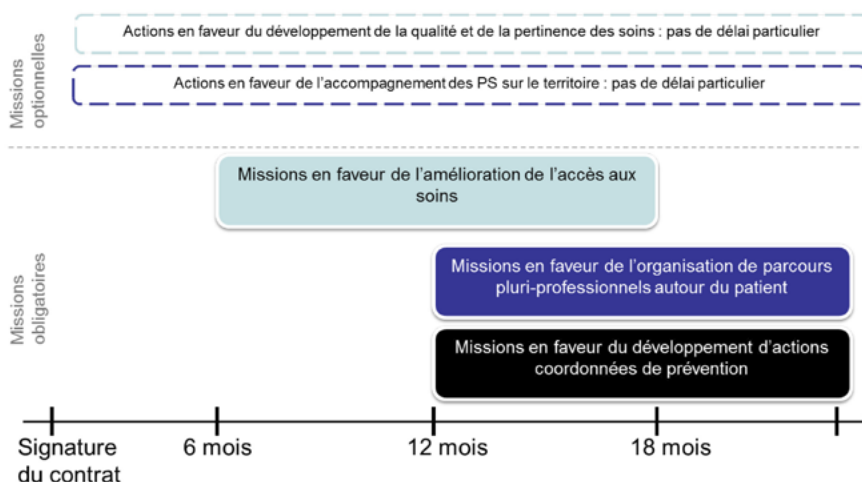
2. Les actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

Afin de faciliter l'installation des professionnels, notamment dans les zones en tension démographique, l'objectif de cette mission pour la CPTS est d'organiser des actions de nature à mettre en avant le caractère attractif d'un territoire (présentation de l'offre de santé du territoire, compagnonnage, promotion du travail coordonné des professionnels de santé du territoire et des autres acteurs (sanitaires, médico-sociales...). La CPTS peut également mobiliser ses ressources pour faciliter l'accueil de stagiaires.

3. Calendrier de déploiement des missions prioritaires et complémentaires

Afin de tenir compte du délai nécessaire aux acteurs pour s'organiser, construire et déployer les missions choisies mais également la nécessité d'apporter rapidement des réponses aux besoins exprimés par la population, notamment sur l'accès aux soins facilité, les CPTS en souscrivant à l'accord conventionnel s'engagent à mettre en place les 3 missions prioritaires dans le respect du calendrier suivant :

Délai minimal et maximal pour démarrage et déploiement des missions après signature du contrat :



Lecture : la mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins doit être démarrée au plus tard 6 mois après la signature du contrat. Cette mission doit être déployée au plus tard 18 mois après ladite signature.

18 mois après ladite

Pour les missions s, les CPTS ont le choix de leur calendrier de déploiement. Pour les missions obligatoires, les CPTS ont le choix de leur calendrier de déploiement.

III. – LE FINANCEMENT CONVENTIONNEL DES CPTS

Deux volets sont prévus par l'accord conventionnel pour accompagner financièrement les CPTS :

- un volet pour contribuer au financement du fonctionnement de la CPTS ;
- un volet pour contribuer au financement de chacune des missions déployées par la CPTS, ce volet étant lui-même découpé en deux parties : une partie allouée de manière fixe (moyens nécessaires mis en œuvre pour réaliser les missions) et une partie variable prenant en compte l'intensité des moyens mis en œuvre ainsi que les résultats d'impact des missions.

1. Financement du fonctionnement de la CPTS

Ce financement est alloué pendant toute la durée du contrat. Ce volet est alloué dès la signature du contrat et sans attendre le démarrage des missions, afin que la CPTS puisse :

- assurer une fonction d'animation et de pilotage et une fonction de coordination administrative (recrutement d'un coordinateur notamment) ;
- valoriser le temps consacré par les professionnels pour définir et construire les missions (indemnisation du temps passé en réunions, par exemple) ;
- acquérir des outils informatiques facilitant la coordination au sein de la communauté (annuaire partagé, plateforme de communication, outil facilitant la gestion des parcours...).

Ensuite les années suivantes, une fois les missions démarrées par la CPTS, ce financement au titre du fonctionnement de la communauté perdure et a pour objectif de valoriser le recours à une fonction de coordination transverse.

Les moyens nécessaires à la réalisation des missions (temps de concertation des professionnels, l'équipement en outils...) sont quant à eux valorisés, à partir de la deuxième année, par l'enveloppe de financement dédié aux missions.

2. Financement des missions mises en œuvre par la CPTS

Le montant total alloué pour chaque mission se répartit en deux parts égales : un financement fixe et un financement variable.

2.a. Le financement fixe des missions

Ce financement permet de participer aux coûts supportés par la CPTS dans le cadre de l'exercice de chaque mission : charges de personnel, temps dédié des professionnels de santé pour l'organisation et la réalisation de mission, prise en charge des actions de communication et aide à l'acquisition et la maintenance des outils numériques de coordination nécessaire à l'exercice des différentes missions...

Les outils numériques de coordination sont choisis en fonction des missions choisies par la CPTS. À titre d'exemples, il pourrait s'agir des outils suivants : agenda partagé, annuaire des professionnels, outil type messagerie instantanée, outil de communication entre les professionnels pour animer la communauté et pour partager l'information sur les événements organisés.

Ces outils doivent :

- garantir la sécurisation des données transmises et la traçabilité des échanges dans les conditions respectueuses des référentiels de sécurité en vigueur concernant la transmission des échanges de données ;
- être compatibles avec d'autres outils d'échanges entre professionnels d'ores et déjà déployés ou en cours de déploiement (MSS, DMP, outils numériques de coordination « e-parcours »). L'interopérabilité entre les outils de la CPTS et ceux existants doit être recherchée en vue de leur intégration dans le bouquet de services numériques aux professionnels de santé qui va être élaboré.

Ces outils seront notamment disponibles *via* le projet national « e-parcours ».

2.b. Le financement variable au regard des résultats observés

Cette partie du financement est calculée sur la base de l'atteinte des objectifs définis dans chaque contrat en fonction :

- de l'intensité des moyens déployés pour mettre en œuvre la mission ;
- du niveau d'atteinte des objectifs définis contractuellement (les objectifs peuvent être différenciés pour chaque année du contrat) par les trois partenaires (ARS, assurance maladie, CPTS).

Afin de suivre conjointement le calendrier du déploiement des missions, les indicateurs de suivi et les objectifs fixés, et le niveau d'atteinte des résultats obtenus, l'ARS, l'assurance maladie et la CPTS se réunissent de manière régulière (*cf.* Table 1 – Modalités de suivi du contrat).

Les indicateurs retenus doivent valoriser l'intensité des moyens mis en œuvre par la communauté et mesurer l'impact des actions de la communauté sur le territoire.

Il convient de distinguer :

- les indicateurs retenus pour le suivi des missions (ces indicateurs peuvent être suivis au niveau national ou local) ;
- les indicateurs pris en compte dans le calcul du financement variable alloué à la CPTS (certains indicateurs pouvant être retenus à la fois pour le suivi et pour la valorisation financière).

L'accord conventionnel prévoit de laisser le choix et le suivi des indicateurs ainsi que l'appréciation de l'atteinte des objectifs au niveau strictement local.

IV. – MONTANT DES FINANCEMENTS ALLOUÉS

Le montant des financements est adapté à la taille de la CPTS. La taille est fixée en fonction du nombre d'habitants couverts par le territoire identifié par ladite CPTS :

TAILLE	NOMBRE HABITANTS
Taille 1	< 40 000 habitants
Taille 2	Entre 40 et 80 000 habitants
Taille 3	Entre 80 000 et 175 000 habitants
Taille 4	> 175 000 habitants

Chaque CPTS dispose d'une liberté d'appréciation quant à l'utilisation et l'affectation des fonds alloués par l'assurance maladie dans le cadre du présent accord :

- y compris les fonds du dispositif de compensation financière en cas de perte d'activité pour les soins non programmés ;
- à l'exception du financement spécifique mis en place pour l'organisation du dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés (*cf. supra* II-1b).

Montant annuel		Communauté de taille 1	Communauté de taille 2	Communauté de taille 3	Communauté de taille 4
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	Total	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €
Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle) :	Volet Fixe / Moyens	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet variable/actions et résultats	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet lié à l'organisation des soins non programmés Compensation des professionnels de santé	10 000 €	12 000 €	15 000 €	20 000 €
	Volet supplémentaire lié à l'organisation des soins non programmés Financement spécifique pour le traitement et l'orientation des demandes de soins non programmés (enveloppe fléchée)	35 000 €	45 000 €	55 000 €	70 000 €
	Total	75 000 €	92 000 €	120 000 €	150 000 €
Missions en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient (socle)	Volet Fixe / Moyens	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Volet variable/actions et résultats	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Total	50 000 €	70 000 €	90 000 €	100 000 €
Montant annuel		Communauté de taille 1	Communauté de taille 2	Communauté de taille 3	Communauté de taille 4
Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention (socle)	Volet Fixe / Moyens	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Volet variable/actions et résultats	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Total	20 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €
Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins (optionnel)	Volet Fixe / Moyens	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Volet variable/actions et résultats	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Total	15 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €
Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (optionnel)	Volet Fixe / Moyens	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Volet variable/actions et résultats	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Total	10 000 €	15 000 €	20 000 €	30 000 €
Financement total possible	Volets fixe et variable	220 000 €	287 000 €	370 000 €	450 000 €

V. – MODALITÉS DE VERSEMENT DU FINANCEMENT PRÉVU PAR L'ACI

1. Versement du volet financement du fonctionnement de la CPTS

Dès signature du contrat, le volet financement du fonctionnement est versé intégralement à la CPTS.

Ensuite, pour les autres années et après démarrage des missions par la CPTS, ce volet est versé à date anniversaire de signature sous une forme d'avance équivalant à 75% du montant annuel alloué pour ce volet.

Le solde est quant à lui versé au moment du versement du solde de l'année précédente, c'est-à-dire dans les 2 mois suivant la date anniversaire du contrat.

2. Versement du volet de financement consacré aux missions

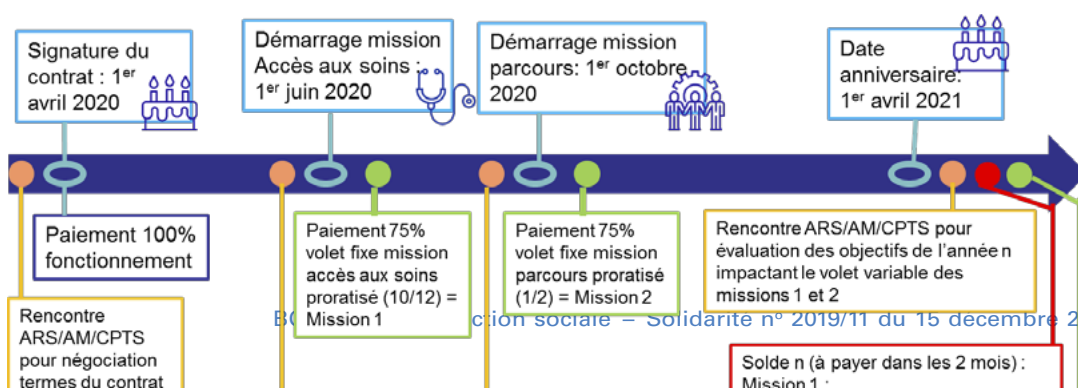
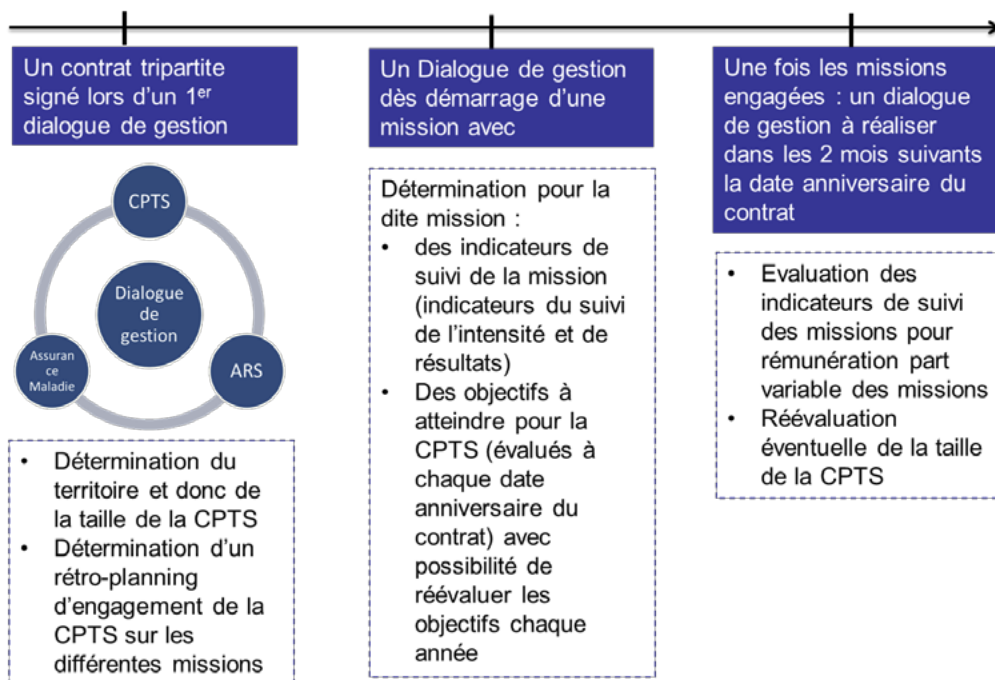
Dès démarrage de chaque mission, une avance d'un montant de 75 % de l'enveloppe allouée aux moyens déployés pour la mission (enveloppe fixe *cf. supra*) est versée. En fonction de la date de démarrage de la mission, le montant dû au titre de ce premier versement est proratisé en fonction de la durée comprise entre la date de démarrage de chaque mission et la date anniversaire du contrat.

Après la 1^{re} année de mise en œuvre du contrat, sont versés, chaque année, au plus tard dans les 2 mois suivants la date anniversaire du contrat, au regard des échanges réguliers entre les trois parties (*cf. Table 2 - Exemple de modalités de versement du financement*):

- le solde de l'année *N* et l'avance pour l'année *N + 1* du montant alloué au titre de l'enveloppe dite « fixe »;
- le montant de l'année *N* au titre de l'enveloppe variable allouée au titre du niveau d'intensité des actions engagées pour la réalisation des missions et des résultats atteints en fonction des objectifs fixés.

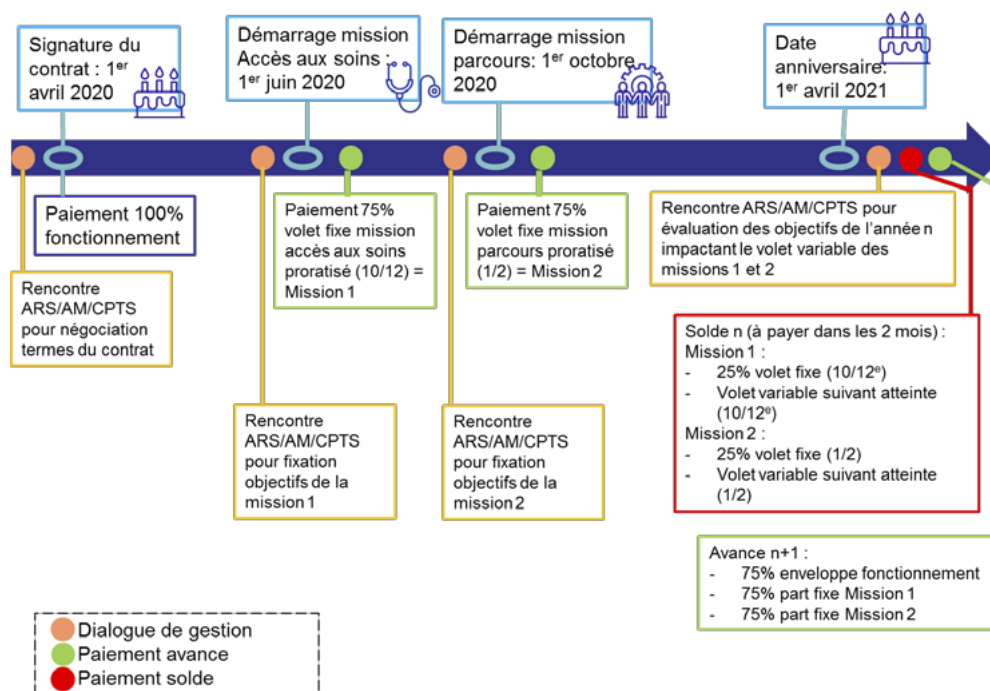
Table 1 – Modalités de suivi du contrat

Quelles modalités de suivi du contrat ?



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Table 2 - Exemple de modalités de versement du financement



Liste des organisations syndicales représentatives des professions de santé ayant signé l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé

(Liste arrêtée au 30 juillet 2019)

Fédération française des médecins généralistes
Confédération des syndicats médicaux français
Syndicats des médecins libéraux
Chirurgiens-dentistes de France
Union dentaire des chirurgiens-dentistes
Union nationale et syndicale des sages-femmes
Organisation nationale des syndicats de sages-femmes
Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux
Fédération nationale des infirmiers
Convergence infirmière
Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs
Union nationale des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes libéraux
Fédération nationale des orthophonistes
Syndicat national autonome des orthoptistes
Fédération nationale des podologues
Chambre nationale des services d'ambulances
Fédération nationale des transporteurs sanitaires
Fédération nationale des ambulanciers privés
Fédération nationale des centres de santé
Croix-Rouge française
Fédération des mutuelles de France
Fédération nationale de la mutualité française
Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles
Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural
Adessadomicile
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines
Fédération nationale des institutions de santé et d'action sociale d'inspiration chrétienne
Confédération des centres de santé
Syndicat des biologistes
Syndicat national des médecins biologistes
Syndicat des laboratoires de biologie clinique
Syndicat des jeunes biologistes médicaux
Fédération des syndicats pharmaceutiques de France
Union des syndicats de pharmaciens d'officine
Syndicat national des audioprothésistes
Fédération nationale des opticiens de France
Fédération française des podo-orthésistes
Union française des orthoprothésistes
Syndicat national de l'orthopédie française
Syndicat national des entreprises de l'audition

Annexe 5 : Support de présentation de l'accord

**Accord conventionnel interprofessionnel en faveur de
l'exercice coordonné et du déploiement des communautés
professionnelles territoriales de santé (CPTS)**



**Présentation de l'ACI en faveur du
déploiement des CPTS**



Le contexte du déploiement des CPTS

Contexte des négociations

Des soins de ville insuffisamment structurés pour faire face aux enjeux du virage ambulatoire, de la démographie médicale et de la croissance des maladies chroniques

Un sentiment d'isolement de certains professionnels de santé et un exercice coordonné entre les différents acteurs de santé à développer pour faciliter l'accès aux soins, fluidifier les parcours des patients notamment entre la ville et l'hôpital et le médico-social (notamment pour éviter les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile), améliorer la qualité de la prise en charge.

Deux niveaux de coordination complémentaires à développer :

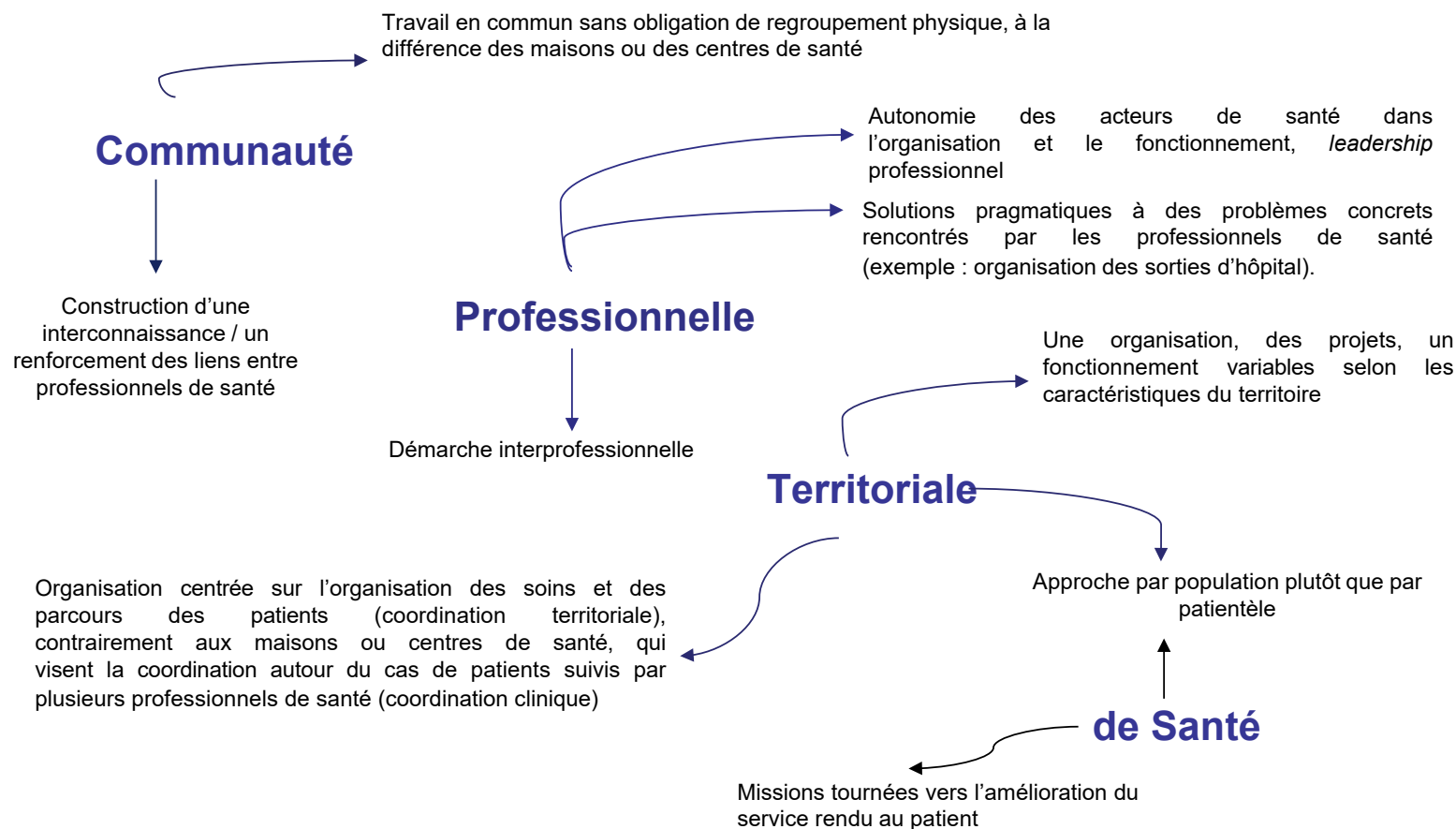
- le niveau de coordination organisé à **l'échelle d'une patientèle** où une organisation pluri professionnelle apporte une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients => MSP, CDS, ESP ou d'autres formes d'organisations pluri-professionnelles.
- le niveau de coordination à **l'échelle d'un territoire** où les professionnels de santé s'organisent pour apporter une réponse collective aux besoins de santé dans une approche populationnelle => CPTS

Contexte des négociations

Réponse à la nécessité de développer l'exercice coordonné qui permet :

- d'améliorer l'accès, la qualité et l'organisation des soins dans leur différentes dimensions ;
- d'organiser des réponses aux besoins de soins ;
- de mieux articuler les différents acteurs de santé (1^{er} et 2nd recours / ville-hôpital, etc.)
- de maintenir à domicile des personnes en situation complexe ;
- de développer des activités de prévention et de dépistage;
- de contribuer à l'attractivité;
- de contribuer à réduire le sentiment d'isolement de certains professionnels de santé ;
-

Une communauté professionnelle c'est quoi ?



Pour les professionnels de santé, une nouvelle manière d'exercer : un changement culturel profond à soutenir et accompagner

Les communautés professionnelles territoriales de santé

Les CPTS sont des dispositifs constitués à l'initiative des professionnels de santé d'un territoire pour :

- assurer une meilleure coordination de leur action ;
- participer à la structuration des parcours de santé

Elles sont composées de professionnels de santé du premier ou du second recours, d'acteurs médicaux sociaux et sociaux, d'établissements de santé sur un même territoire.

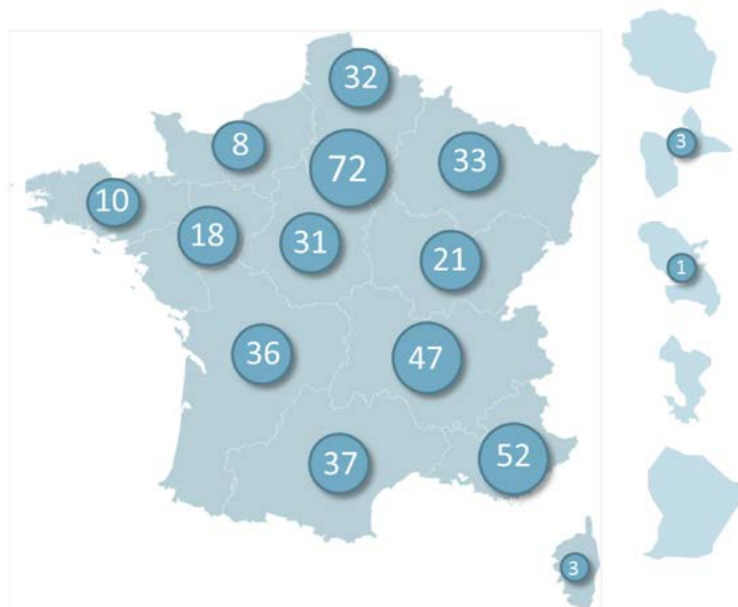
Ce territoire est défini par les professionnels de santé eux-mêmes dans leur projet de santé. Les textes réglementaires ne précisent pas les missions ni le fonctionnement des CPTS : une structure souple de coordination à la main des professionnels d'un territoire.

En d'autres termes, la CPTS :

- permet une **coordination territoriale autour de l'organisation des soins et des parcours de patients**, mais n'a pas pour objet la coordination clinique (autour du patient), à la différence des MSP, CDS ou ESP...
- **constitue un mode d'exercice coordonné plus souple** (et sans contrainte de regroupement physique d'exercice), les organisations de coordination au niveau des patientèles comme les MSP / CDS ne correspondant pas aux attentes de tous les professionnels
- Les acteurs de santé prennent donc la responsabilité de s'organiser eux-mêmes afin de proposer une offre de soins adaptée aux besoins de la population de leur territoire.

Les communautés professionnelles territoriales de santé

400 projets de CPTS recensés dans les territoires (à des degrés de maturité différents)



On peut estimer que ces projets couvrent environ **16 millions d'habitants**.

Septembre 2019 : 400 projets de CPTS recensés à des degrés de maturité divers, couvrant des domaines d'intervention variés selon les ambitions des équipes et le type de territoire.

Une **dynamique de création relativement forte** et que l'ouverture des négociations conventionnelles semble avoir accélérée.

Le territoire des CPTS

- ✓ Territoire pertinent d'une CPTS :
 - « territoire vécu »
 - ayant du sens pour les PS et les patients
 - des personnes investies ayant envie de travailler ensemble
 - en cohérence avec les parcours effectifs des patients

- ✓ Les cartographies élaborées par les ARS/AM constituent un outil de référence à **valeur uniquement indicative.**

- ✓ Articulation à avoir avec les contrats locaux de santé
- ✓ 1 territoire = 1 CPTS (2 CPTS sur un même territoire = pas lisible pour les patients)
- ✓ N'implique pas un regroupement géographique des professionnels
- ✓ A vocation à inclure tous les PS du territoire couvert sans exclusion

Forme juridique des CPTS

- ➔ Aucune forme juridique n'est imposée pour la constitution d'une CPTS mais une structure juridique doit être créée.
- ➔ Les acteurs sont libres de s'organiser comme ils le souhaitent.
- ➔ Le statut associatif apparaît le plus adapté pour structurer les projets (souple)
- ➔ Il répond quasiment à tous les besoins à une exception : ce statut ne permet pas de rémunérer les professionnels de la CPTS dans l'hypothèse où ils sont effecteurs de soins pour la CPTS (ex actes réalisés dans le cadre d'une mission de prévention organisée par la CPTS) ; pour la rémunération de ces actes au nom de la CPTS en tant qu'effecteur de soins nécessité de créer en plus un autre statut juridique (en plus de l'association)

➔ Pour aller plus loin : fiches sur le statut juridique des CPTS rédigées par le Ministère (DGOS)

contenu et validation du projet de santé de la CPTS

Le projet doit être formalisé dans le cadre d'un projet de santé qui décrit notamment:

- les besoins identifiés
 - les actions proposées pour y répondre
 - les acteurs engagés et le territoire de la CPTS
 - les modalités de mise en œuvre de la coordination
 - Etc
- ❑ Le projet de santé doit fédérer un maximum d'acteurs du soin dans une dimension pluriprofessionnelle, du médico-social et du social = Les projets de CPTS vont émaner plutôt des professionnels de la ville mais ont vocation au regard des missions déployées à intégrer au fur et à mesure les autres acteurs de santé dont les établissements de santé
 - ❑ Validation du projet de santé par le DG ARS, et en concertation avec l'Assurance Maladie (position partagée Cnam/DGOS). 2 motifs prévus par les textes pour s'opposer à la validation d'un projet de santé : une incohérence du projet avec les objectifs fixés dans le projet régional de santé ou une incohérence territoriale (ex : chevauchement de 2 CPTS sur un même territoire).
 - ❑ L'objectif est que le projet soit construit de manière cohérente avec le contenu de l'accord conventionnel interprofessionnel ; si projet déjà établi ou validé avant entrée en vigueur de l'ACI accompagnement des porteurs de projet pour adapter, le cas échéant, le projet au contenu de l'ACI

➔ Au fil du temps et des besoins, le projet de santé peut être amené à évoluer.



Le contrat défini dans l'accord conventionnel interprofessionnel

1. Les CPTS éligibles au contrat ACI

Eligibilité des CPTS au contrat de l'ACI

Sont éligibles au contrat :

1/ les CPTS qui répondent à la **définition de l'article L.1434-12 du CSP** :

« Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1 et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé, sous réserve pour les professionnels du service de santé des armées de l'autorisation du ministre de la défense.

La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé.

Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé.

Le projet de santé est réputé validé, sauf si le directeur général de l'agence régionale de santé s'y oppose dans un délai de deux mois en se fondant sur l'absence de respect des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 ou sur la pertinence du territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé. »

Eligibilité des CPTS au contrat

Sont éligibles au contrat :

- ➔ les CPTS qui ont élaboré **un projet de santé validé par l'ARS** (la validation pouvant intervenir antérieurement ou postérieurement à la date d'entrée en vigueur de l'ACI)
- ➔ les CPTS ayant un statut juridique répondant aux critères suivants :
 - garantie d'une pluriprofessionnalité
 - adhésion possible de personnes physiques & morales
 - possibilité de recevoir des financements de l'AM
 - adaptations aux missions choisies
 - possibilité de recruter du personnel pour le fonctionnement de la mission

A ce stade, le statut juridique qui semble le plus adapté aux CPTS est le statut associatif. (cf infra).

2.1 Les missions des CPTS valorisées dans le cadre de l'ACI

Mission prioritaire - Mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins

3 missions prioritaires :

1 / Mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins

Faciliter l'accès à un MT



Recenser les patients à la recherche d'un MT et organiser une réponse à ces patients parmi les médecins de la CPTS

Exemples

Procédure de recensement des patients à la recherche d'un MT avec analyse du niveau de de priorité de chaque patient au niveau de sa situation (patients ALD / patients de + de 70 ans / patients situation de précarité (AME/CMUC))

Améliorer la prise en charge des soins non programmés de ville



Proposition d'une organisation visant à permettre la prise en charge le jour-même ou dans les 24 h de la demande d'un patient du territoire en situation d'urgence non vitale

- plages de soins non programmés à ouvrir par les médecins du territoire dans le cadre d'une régulation
- accès simple à des examens de radiologie/biologie
- accès à un second recours
- mise en place de protocoles entre PS
- autres dispositions d'organisation propre aux professionnels du territoire

Mission prioritaire - Mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins

En complément :

Pour les SNP :

Un accompagnement spécifique pour favoriser la prise en charge des soins non programmés :

Possibilité pour la CPTS de mettre en place un dispositif de compensation financière en cas d'éventuelles pertes d'activité liées à l'organisation de soins non programmé pour les PS impliqués dans le dispositif.

Compensation comprise dans la rémunération totale de la mission accès aux soins

Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
10 000 €	12 000 €	15 000 €	20 000 €

Possibilité pour la CPTS de mettre en place un dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés → à minima une orientation téléphonique par un personnel formé (enveloppe dédiée et affectation des fonds uniquement pour cette organisation spécifique)

Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
35 000 €	45 000 €	55 000 €	70 000 €

Développement du recours à la télésanté :

- La télémedecine n'est pas une mission en tant que telle valorisée dans le contrat mais rappel que les CPTS peuvent constituer une organisation favorisant le recours aux actes de télémedecine ; elles ont vocation à constituer également des organisations territoriales coordonnées qui peuvent répondre aux besoins de soins des patients.

Mission prioritaire - Mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins

L'exemple d'une CPTS concernant la mission Accès aux soins - soins non programmés :

Après s'être rencontrés au sein de la CPTS, les MK ont identifié qu'ils réalisaient tous des gardes chaque week-end, notamment pour les bébés nécessitant de la kiné respiratoire → ils ont monté un projet de tour de garde sur le territoire.



Avantages patients :

- La présence avérée d'un professionnel capable d'assurer les urgences pendant le weekend
- L'hôpital connaissant le dispositif est plus enclin à faire sortir les patients le weekend



Avantages professionnels

- Libération du temps personnel les weekends (garde 1 weekend sur 5 et non plus tous les week-ends)
- Meilleure prise en charge des patients
- Meilleure articulation ville-hopital
 - Travail ensemble

Mission prioritaire - Mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins

Le projet d'une CPTS concernant la mission Accès aux soins – Accès aux MT et soins non programmés :

1/ Accès à un médecin traitant :

Diagnostic territorial :

- Le territoire compte 13 600 sans MT (dont 5711 ayant déclaré un MT qui n'exerce plus et 865 ayant un MT fictif)
- 20% de patients CMUC n'ont pas déclaré de MT (vs 12,4% à l'échelle du département)

Objectif : réduction du nombre de patients sans MT

Mise en œuvre : Recensement et démarchage des MT du territoire et leur volonté/capacité à prendre des patients sans MT.

Avantages patients :



- Accès à un MT = suivi au long cours et coordination des soins
- Respect du parcours de soins

Avantages professionnels

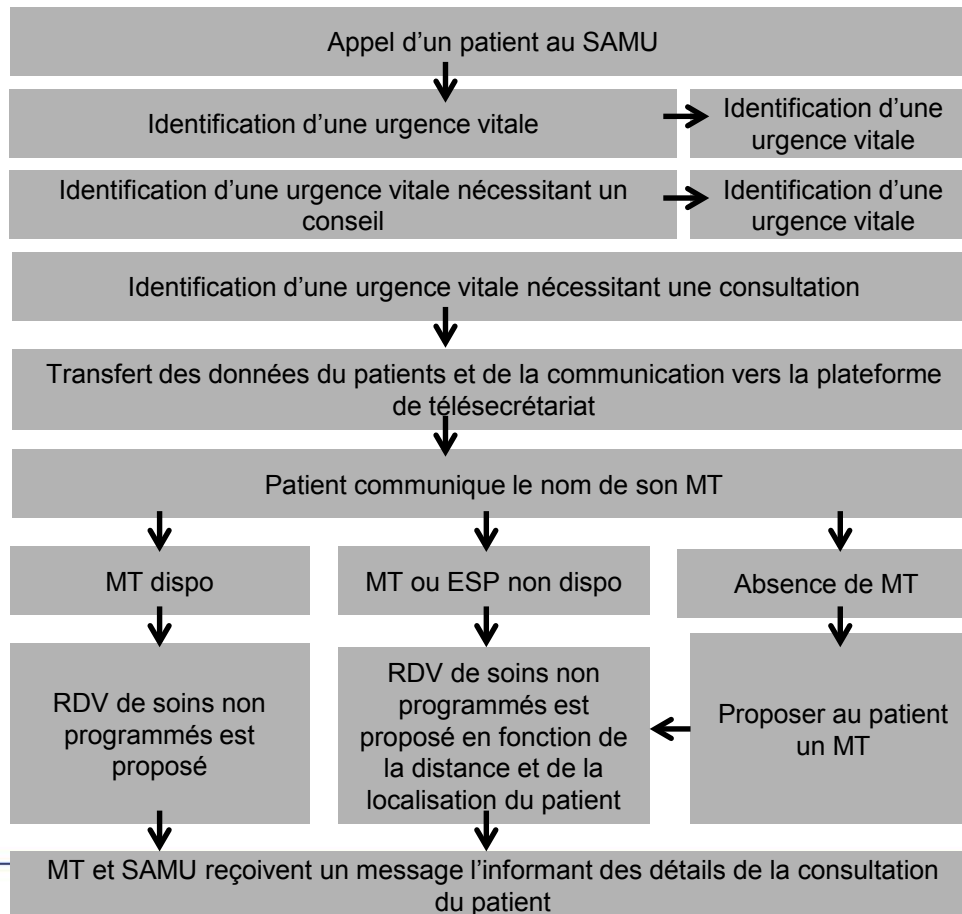


- Meilleure répartition des flux de patients (« moins confrontés individuellement à la pression des patients »)
- Meilleure répartition des patients entre les PS d'un territoire
- Augmentation de sa patientèle de référence dans le calcul des rémunérations forfaitaires

Mission prioritaire - Mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins

Le projet d'une CPTS concernant la mission Accès aux soins – Accès aux MT et soins non programmés :

2/ Soins non programmés : recours à du télé-secrétariat pour désengorger les urgences



Avantages patients :

- Réponse rapide à une demande de soins urgente
- Réduction de l'attente aux urgences

Avantages professionnels



- Transmission d'infos si son patient a eu un recours à une consultation en urgence

Mission prioritaire - Mission en faveur des parcours pluri-professionnels et prévention

3 missions prioritaires :

2 / Parcours pluri-professionnels
autour du patient



Proposition de parcours répondant aux besoins des territoires notamment pour améliorer la prise en charge et le suivi des patients (éviter les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile notamment) : patients complexes, handicapés, personnes âgées, etc.

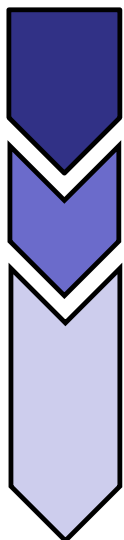
3 / Actions territoriales de prévention



Définition d'actions de prévention, dépistage et promotion de la santé les plus pertinentes à développer au regard des besoins du territoire et pour lesquelles la dimension de prise en charge pluri-professionnelle constitue un gage de réussite

Mission prioritaire - Mission en faveur des parcours pluri-professionnels et prévention

Le projet d'une CPTS concernant la mission Parcours :



Phase de diagnostic du territoire : des difficultés d'accès aux soins en addictologie ont été relevées par les acteurs du territoire.

Objectif souhaité par la CPTS: répondre aux difficultés liées aux réalités géographiques du territoire en matière de transport, d'isolement, d'équipement.

Mise en œuvre : équipe pluripro composée d'un médecin, d'un psychologue, et d'un travailleur social intégrée au sein d'un cabinet de médecine générale ou d'une MSP avec pour objectifs de :

- Assurer le suivi des patients dans des créneaux dédiés au sein d'un même lieu
- Analyser la situation des patients lors de réunions pluripro dédiées
- Orienter les patients



Avantages patients :

- Peu, voir pas, d'interlocuteurs dédiés avant une éventuelle en institution des patients en addictologie
- Majorité des problèmes urgents sont d'ordre social (logement, travail, famille, ...)

Avantages professionnels



- Formation proposée par la microstructure à destination des PS volontaires du territoire
- Réponse à l'isolement des PS face à ces situations peu encadrées dans le premier recours

Missions complémentaires - Missions en faveur de la qualité et de l'accompagnement des PS

2 missions complémentaires :

4 / Actions en faveur de la qualité et la pertinence des soins



Développement des démarches qualité dans une dimension pluri-professionnelle pour améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients (groupes d'analyse de pratiques notamment)

5 / Actions en faveur de l'accompagnement des PS sur le territoire



Actions de promotion et de facilitation de l'installation des professionnels de santé notamment dans les zones en tension démographique

Mission complémentaire - Missions en faveur de la qualité et de l'accompagnement des PS

L'exemple d'une CPTS concernant la mission en faveur de la qualité :

Dans le cadre d'une expérimentation dans la région AURA sur des parcours développés par l'HAS sur les thématiques de l'ostéoporose et l'IC, une CPTS a organisé des groupes de travail portant sur la qualité afin d'analyser les pratiques des acteurs de la CPTS et de les améliorer au regard des recommandations HAS.

Un plan d'actions a été mis en place par la CPTS, avec par exemple les actions suivantes :

- Développement du plateau ETP / IC du centre hospitalier
- Recours systématique en sortie d'hospitalisation
- Formation des IDEL du territoire sur la base de formation du programme PRADO
- Fiche d'information à destination des patients (en lien avec l'ETP).



Avantages patients :

- Plus d'informations + 1 service d'éducation thérapeutique
- Une meilleure prise en charge sur le long cours car analyse des pratiques



Avantages professionnels

- Temps spécifiquement consacré à l'analyse des pratiques
- Amélioration de sa pratique
- Discussions avec les pairs
- Mise à niveau des dernières recommandations

2.2 Les missions régionales financées par le FIR

Missions régionales

Les CPTS peuvent développer des projets qui ne s'inscrivent pas dans les missions finançables au titre de l'accord conventionnel interprofessionnel.

Si ces projets répondent à des priorités régionales, l'Agence régionale de Santé peut choisir de leur accorder un financement complémentaire sur son Fonds d'Intervention Régional. Celui-ci donne lieu à une contractualisation spécifique.

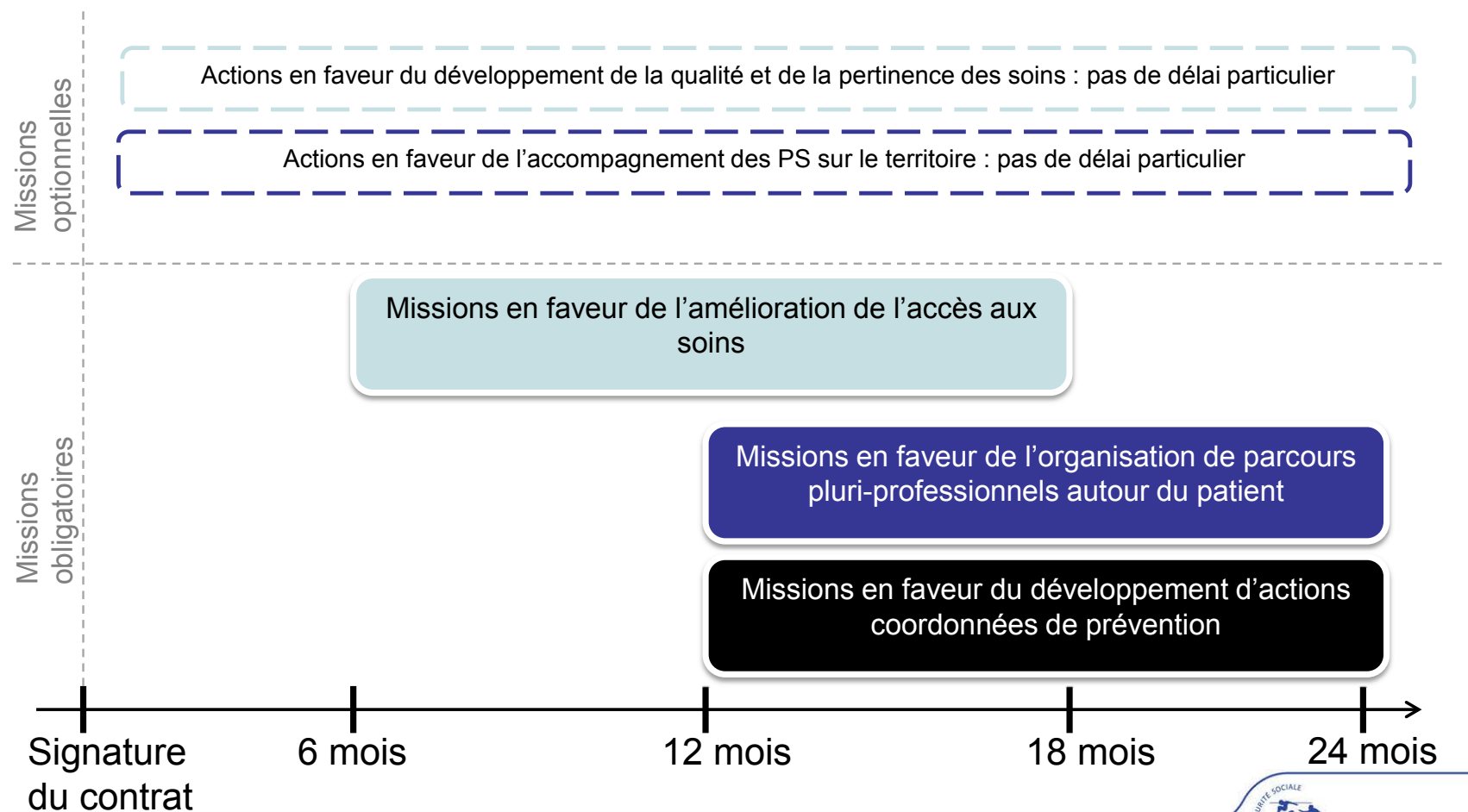
Quelques exemples :

- La CPTS assume directement le portage de la plateforme territoriale d'appui ou du futur dispositif unifié d'appui à la coordination
- La CPTS souhaite acquérir et gérer directement du matériel dédié à la téléconsultation (de type cabine de téléconsultation).

3. Le calendrier de déploiement des missions

Calendrier de déploiement des missions

Délai minimal et maximal pour démarrage et déploiement des missions après signature du contrat :



4. Les principes du financement

Principes de financement

Le montant des financements est adapté en fonction de la taille de la CPTS (= nombre d'habitants couverts par le territoire identifié par ladite CPTS dans son projet de santé) :

Taille	Nombre d'habitants
Taille 1	< 40 000 habitants
Taille 2	Entre 40 et 80 000 habitants
Taille 3	Entre 80 et 175 000 habitants
Taille 4	> 175 000 habitants

- ➔ **Liberté d'appréciation quant à l'utilisation et l'affectation des fonds alloués par l'Assurance Maladie (investissement dans des outils, indemnisation du temps passé en réunion, ...) y compris les fonds du dispositif de compensation financière en cas de pertes d'activité pour les soins non programmés. **Exception** : le financement spécifique mis en place pour l'organisation du dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés : enveloppe fléchée, les fonds alloués dans ce cadre ne peuvent être utilisés que pour la mise en place de cette organisation spécifique.**

Principes de financement

Financement des CPTS ayant adhéré à l'ACI

Avant démarrage des missions :

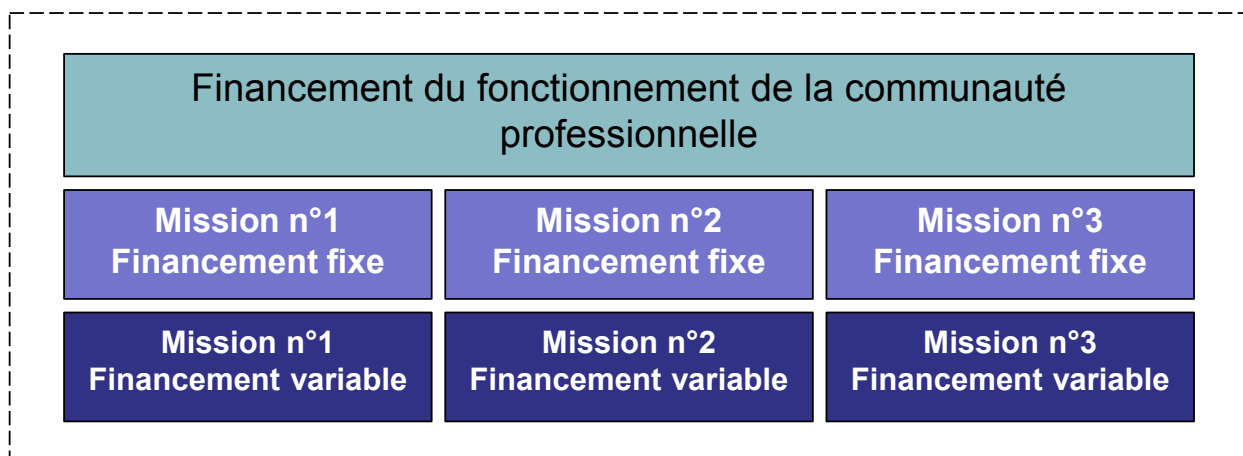
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle

- **Financement attribué dès la signature du contrat afin :**
 - De disposer d'une fonction d'animation et de pilotage (condition essentielle pour accompagner les actions des PS membres de la communauté dans l'élaboration des missions) et assurer une fonction de coordination administrative (recrutement d'un coordonnateur par exemple)
 - Valoriser le temps consacré par les PS pour définir et construire les missions
 - Accéder à des outils informatiques facilitant la coordination au sein de la communauté (annuaire partagé, plateformes de communication, etc.)

Principes de financement

Financement des CPTS ayant adhéré à l'ACI

Après démarrage des missions :



NB : toutes les missions fonctionnent sur le même schéma (y compris les complémentaires).

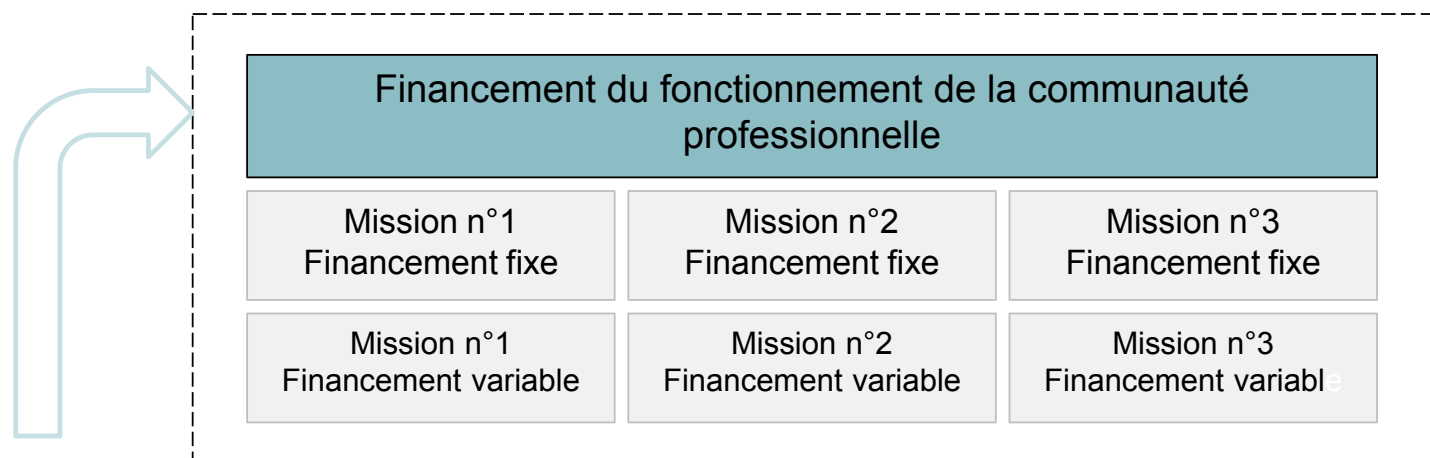
En sus du financement du fonctionnement de la communauté, chaque mission (prioritaire ou complémentaire) est financée en deux parts égales :

- Un financement fixe, qui couvre les moyens mis en œuvre par la communauté pour réaliser la mission
- Un financement supplémentaire prenant en compte l'intensité des moyens mis en œuvre ainsi que les résultats d'impacts des missions (en fonction des indicateurs choisis)

Principes de financement

Financement des CPTS ayant adhéré à l'ACI

Après démarrage des missions :



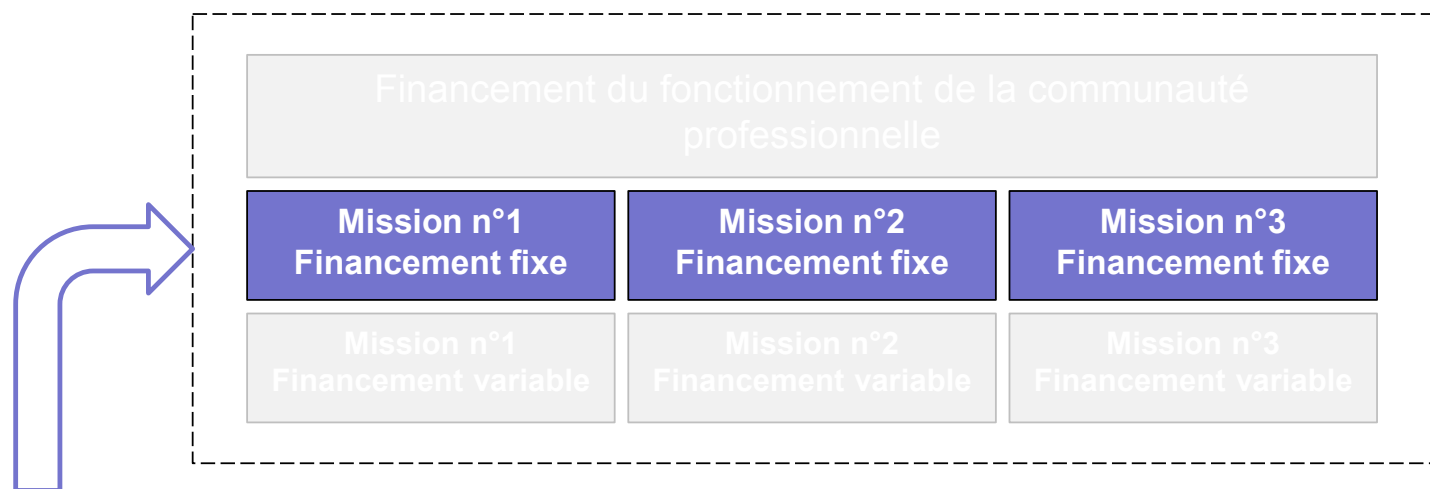
Dès démarrage des missions, le financement du fonctionnement valorise uniquement le recours à une **fonction de coordination transverse**.

Les moyens nécessaires à la réalisation des missions (temps de concertation et équipement en outils par exemple) sont alors valorisés au sein du volet de financement fixe des missions.

Principes de financement

Financement des CPTS ayant adhéré à l'ACI

Après démarrage des missions :



Ce financement fixe permet de participer aux coûts supportés par la CPTS dans le cadre de chaque mission :

- Charges de personnel éventuelles
- Temps dédié des PS pour l'organisation et la réalisation de la mission
- Prise en charge des actions de communication
- Acquisition et maintenance des outils numériques de coordination nécessaires à l'exercice des différentes missions

Principes de financement

Focus sur les outils numériques :

Ils sont à choisir par la CPTS en fonction des missions socles et optionnelles qu'elle choisit de réaliser :

Missions choisies / animation de la CPTS	Exemples d'outils pouvant être utilisés pour répondre à la mission/animation
Soins non programmés	Agenda partagé Messageries instantanées
Organisation de parcours pluriprofessionnels	Annuaire des PS Outil de partage autour d'un patient
Animation de la CPTS	Réseaux sociaux d'entreprise

Ces outils doivent :

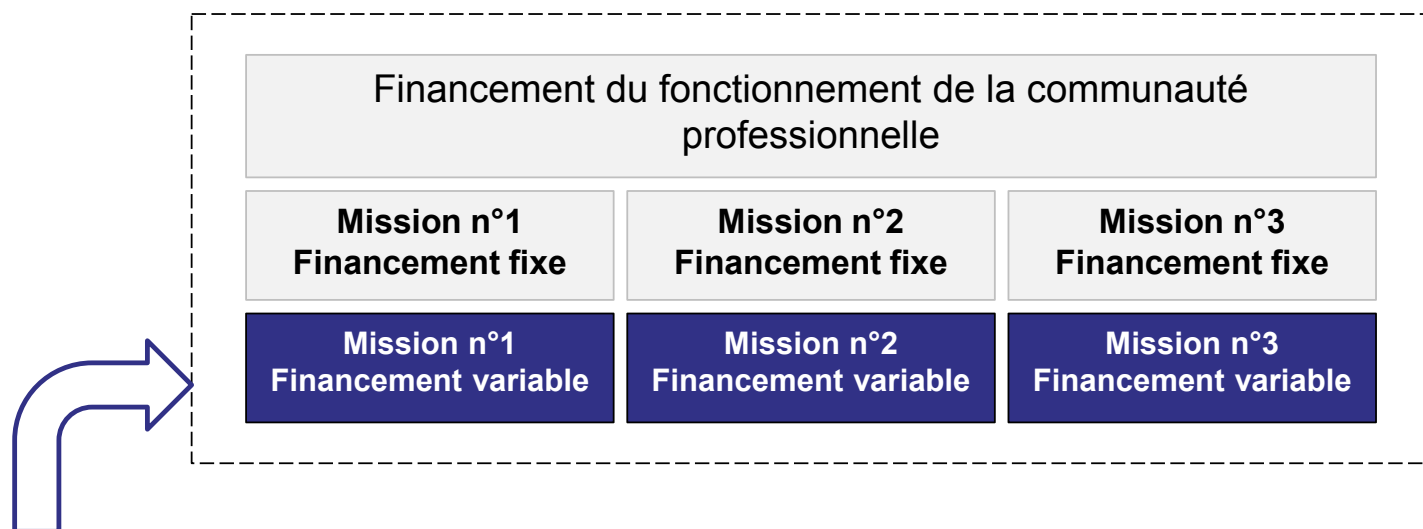
- garantir la sécurisation des données transmises et la traçabilité des échanges
- Être compatibles avec les autres outils d'échanges entre PS (DMP, MSS, « e-parcours »).

Ces outils seront notamment disponibles via le projet national « e-parcours ».

Principes de financement

Financement des CPTS ayant adhéré à l'ACI

Après démarrage des missions :



Cette partie du financement est calculée en fonction :

- de l'intensité des moyens déployés pour mettre en œuvre la mission
- du niveau d'atteinte des objectifs définis contractuellement sur la base d'**indicateurs**. Les résultats sont évalués par les 3 parties CPTS/AM/ARS. Des **échanges réguliers** entre les Parties permettent d'ajuster, le cas échéant, les objectifs au regard des évolutions territoriales et organisationnelles de la communauté.

Principes de financement

Focus sur les indicateurs pour le suivi et le financement des missions :

Le contrat doit déterminer les indicateurs retenus (et leurs modalités de calcul) pour :

- Le suivi des missions (**qui ne donnent pas forcément lieu à un financement en fonction du résultat**) : indicateurs de suivi
- Le calcul du financement variable alloué à la mission : indicateurs de résultats

Le contrat fixe également les niveaux d'atteinte et le niveau de financement qui en découle pour chaque indicateur dans le respect de l'enveloppe variable allouée pour chaque mission. Ces niveaux sont fixés notamment au regard de la situation constatée sur chaque territoire.

Principes de financement

Focus sur les indicateurs pour le suivi et le financement des missions :

Des indicateurs de suivi ont été définis au niveau national, uniquement pour la mission accès aux soins, ces indicateurs doivent être suivis pour chaque CPTS. Il s'agit uniquement d'indicateurs de suivi. Ils peuvent être également retenus comme indicateurs de résultats (choix pour chaque contrat de les retenir ou non).

Possibilité pour chaque contrat d'ajouter d'autres indicateurs de suivi à cette liste.

Pour la fixation des indicateurs conditionnant la partie de rémunération au résultat, le choix des indicateurs est libre au niveau de chaque contrat = **il n'est pas obligatoire de retenir les indicateurs définis dans l'annexe 3 de l'ACI (mentionnés uniquement à titre indicatif).**

Principes de financement

Focus sur les indicateurs pour le suivi et le financement des missions :

Les indicateurs en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins :

Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins	exemples Indicateurs d'actions et de résultats	Indicateurs de suivi définis au niveau ...	Indicateurs de résultats définis au niveau ... (conditionnant la rémunération variable)
Faciliter l'accès à un médecin traitant	- Progression de la patientèle avec MT/ patients dans la population couverte par la communauté professionnelle en fonction des besoins identifiés sur le territoire	National	Local
	- Réduction du % patients sans médecin traitant pour les patients en ALD, ou âgés de plus de 70 ans, ou couverts par la CMUC en fonction des besoins identifiés sur le territoire	National	Local
	- Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées	Local	Local
Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville	- Taux de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (indicateur décroissant)	National	Local
	- Part des admissions directes en hospitalisation de médecine (indicateur croissant)	National	Local
	- Augmentation du nombre de consultations enregistrées dans le cadre de l'organisation de régulation territoriale mise en place pour prendre en charge les soins non programmés.	National	Local
	- Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées	Local	Local

Principes de financement

Focus sur les indicateurs pour le suivi et le financement des missions :

Les indicateurs des autres missions obligatoires :

Missions	Indicateurs d'actions et de résultats	Indicateurs de suivi définis au niveau ...	Indicateurs de résultats définis au niveau ... (conditionnant la rémunération variable)
Organisation des parcours / coordination	Exemple d'indicateurs pour un parcours : nombre de patients effectivement accompagnés ayant bénéficié d'un parcours par rapport au potentiel de patients qui auraient pu en bénéficier[1]	Local	Local
	Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées	Local	Local
Prévention	Exemples d'indicateurs : nombre d'actions de prévention ou de dépistage déployées, nombre de patients bénéficiant de ces actions, évaluation de la satisfaction des patients, etc	Local	Local
	Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées	Local	Local

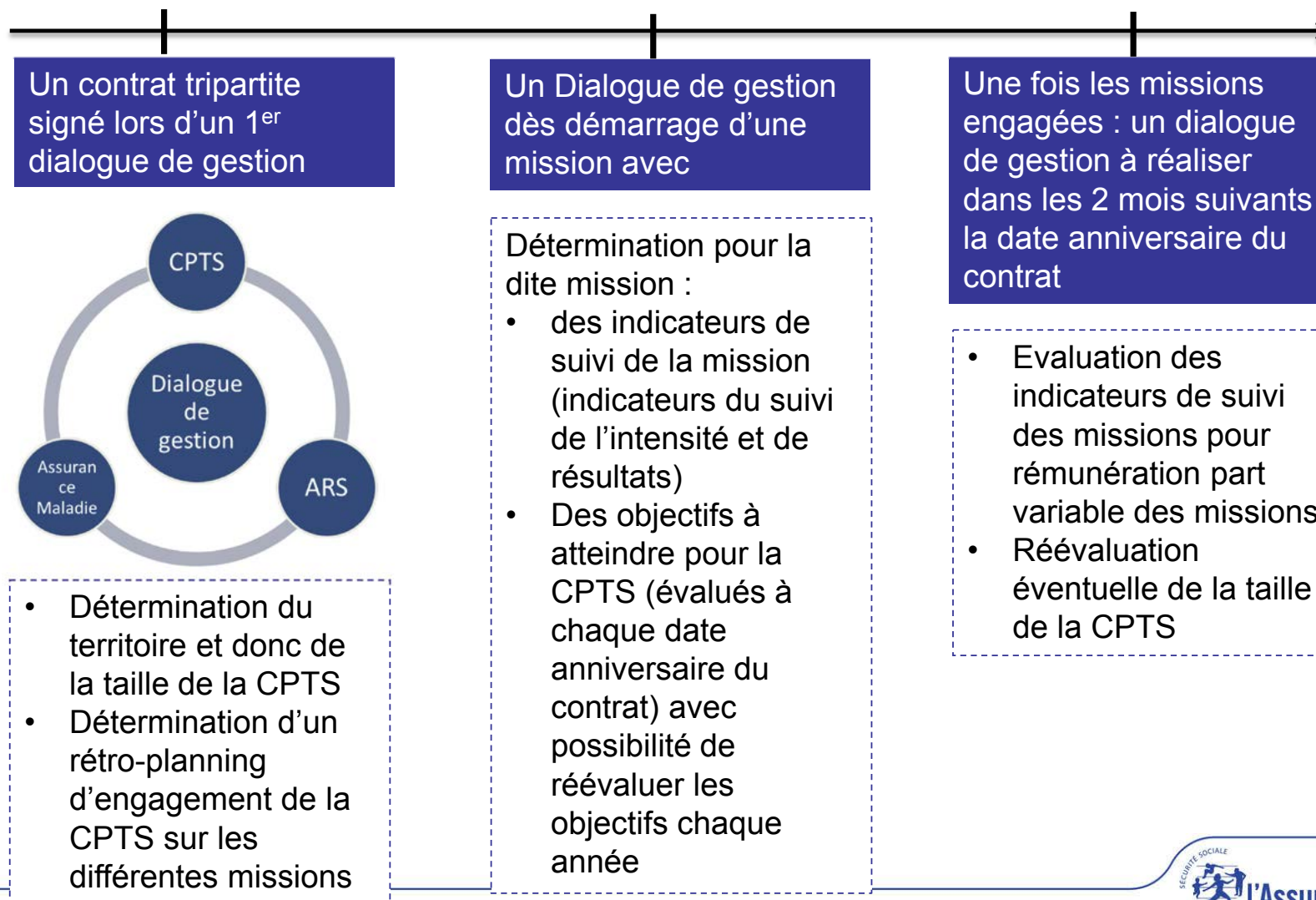
Principes de financement

Focus sur les indicateurs pour le suivi et le financement des missions :

Les indicateurs des missions optionnelles :

Missions	Indicateurs d'actions et de résultats	Indicateurs de suivi définis au niveau ...	Indicateurs de résultats définis au niveau ... (conditionnant la rémunération variable)
Qualité et Pertinence	Exemples d'indicateurs : nombre de thématiques abordées, nombre de professionnels de santé participant aux groupes d'analyse de pratiques pluri-professionnelles, réalisation de plan d'actions, etc	Local	Local
	Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées	Local	Local
Accompagnement des professionnels de santé	A définir	Local	Local
	Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées	Local	Local

Quelles modalités de suivi du contrat ?



5. Montants des financements alloués

Montants des financements

Montant annuel	Communauté de taille 1	Communauté de taille 2	Communauté de taille 3	Communauté de taille 4
----------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------

Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	Total	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €
--	--------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle) :	Volet Fixe / Moyens	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet variable/actions et résultats	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet lié à l'organisation des soins non programmés Compensation des professionnels de santé	10 000 €	12 000 €	15 000 €	20 000 €
	Volet supplémentaire lié à l'organisation des soins non programmés <i>Financement spécifique pour le traitement et l'orientation des demandes de soins non programmés (enveloppe fléchée)</i>	35 000 €	45 000 €	55 000 €	70 000 €
	Total	75 000 €	92 000 €	120 000 €	150 000 €

Missions en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient (socle)	Volet Fixe / Moyens	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Volet variable/actions et résultats	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Total	50 000 €	70 000 €	90 000 €	100 000 €

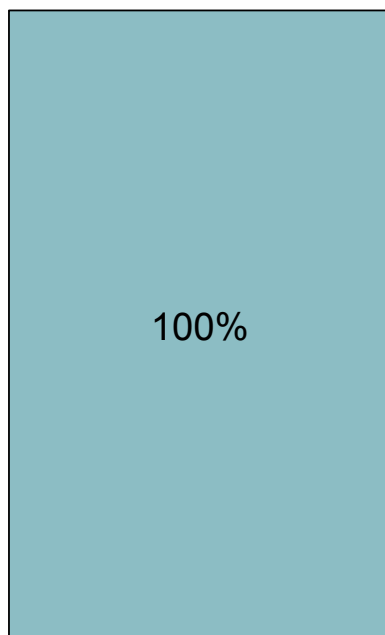
Montants des financements

Montant annuel		Communauté de taille 1	Communauté de taille 2	Communauté de taille 3	Communauté de taille 4
Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention (socle)	Volet Fixe / Moyens	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Volet variable/actions et résultats	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Total	20 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €
Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins (optionnel)	Volet Fixe / Moyens	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Volet variable/actions et résultats	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Total	15 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €
Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (optionnel)	Volet Fixe / Moyens	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Volet variable/actions et résultats	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Total	10 000 €	15 000 €	20 000 €	30 000 €
Financement total possible	Volets fixe et variable	220 000 €	287 000 €	370 000 €	450 000 €

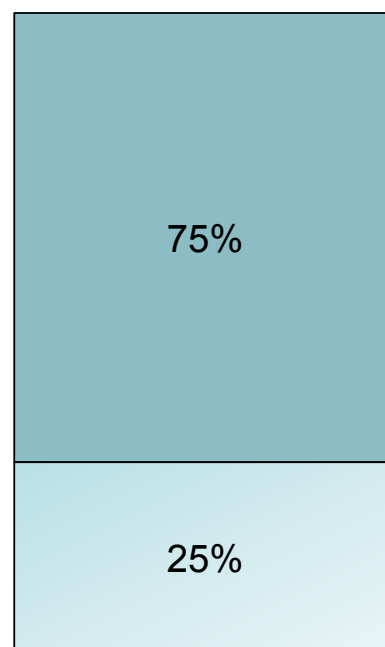
6. Mécanismes de versement des financements

Volet de fonctionnement de la CPTS

Dès signature du contrat en
année n =
100% de l'enveloppe de
fonctionnement,



Puis à chaque nouvelle
année à date anniversaire :



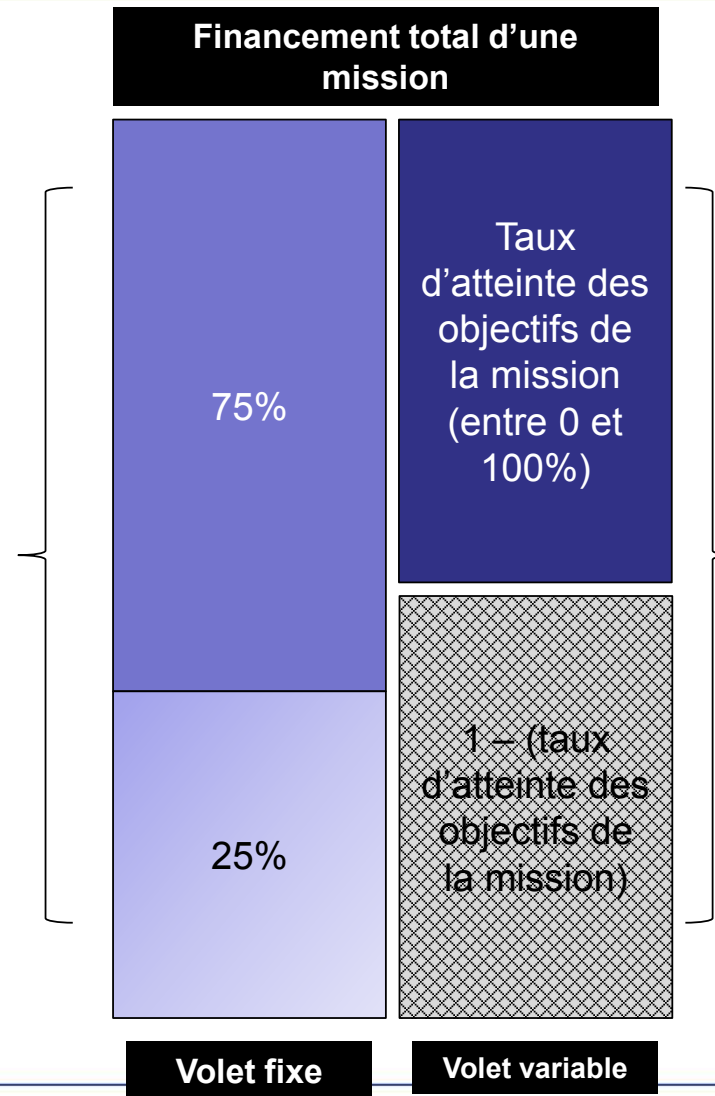
versement de 75%
du montant alloué
au fonctionnement
de la CPTS

Versement du
solde à date
anniversaire de la
signature du
contrat (n+1)

Volet missions

À la date de démarrage de chaque nouvelle mission, versement de 75% du volet fixe proratisé en fonction de la date anniversaire du contrat. Puis, à chaque date anniversaire du contrat versement de 75% de cette enveloppe.

Versement du solde à date anniversaire de la signature du contrat (n+1)



Versement du volet variable à date anniversaire de la signature du contrat (n+1) en fonction du degré d'atteinte des objectifs fixés et de l'intensité des moyens déployés

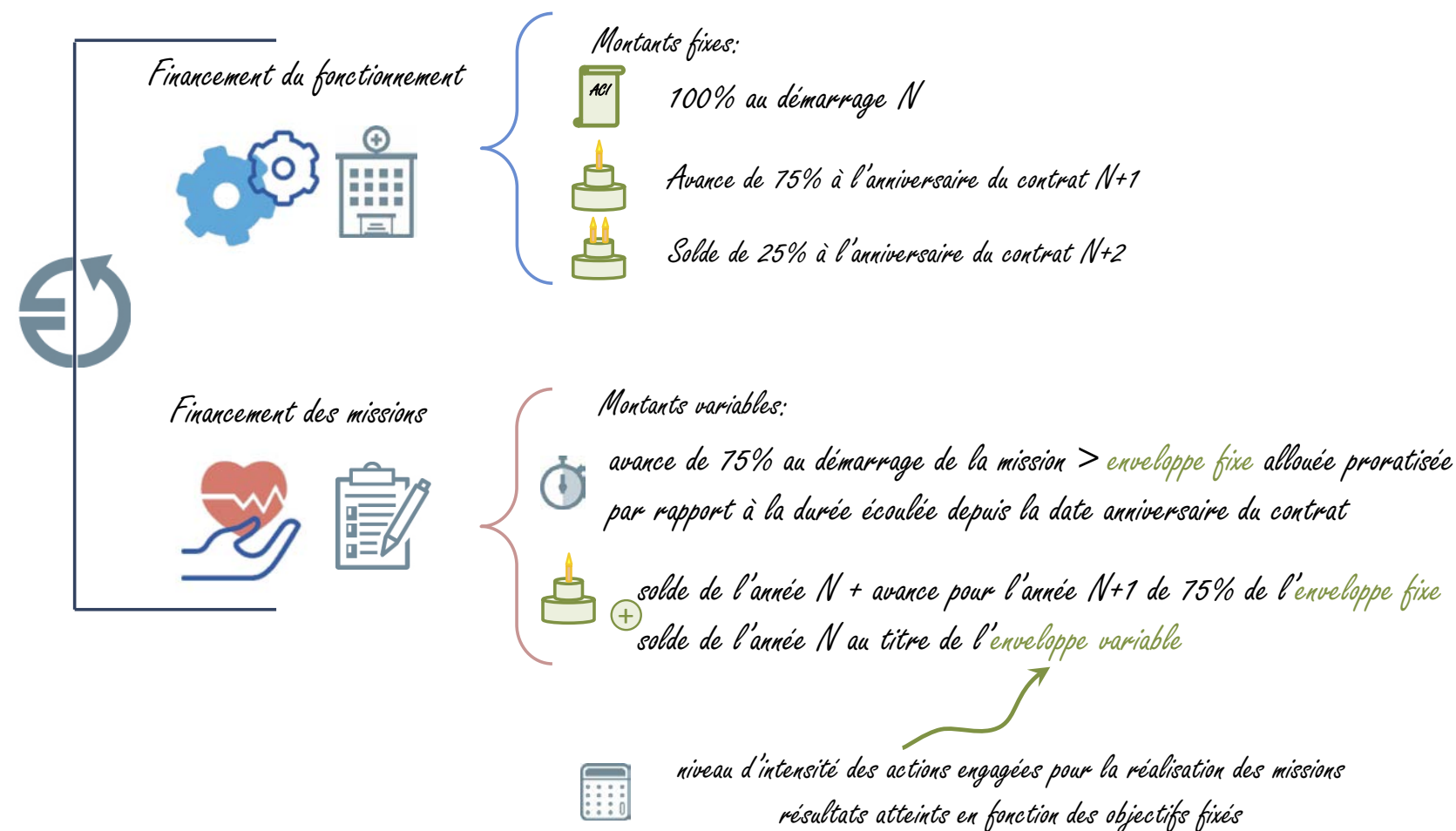
Volet missions

Toutes les missions prioritaires et complémentaires fonctionnent sur le modèle précédent, à l'exception du :

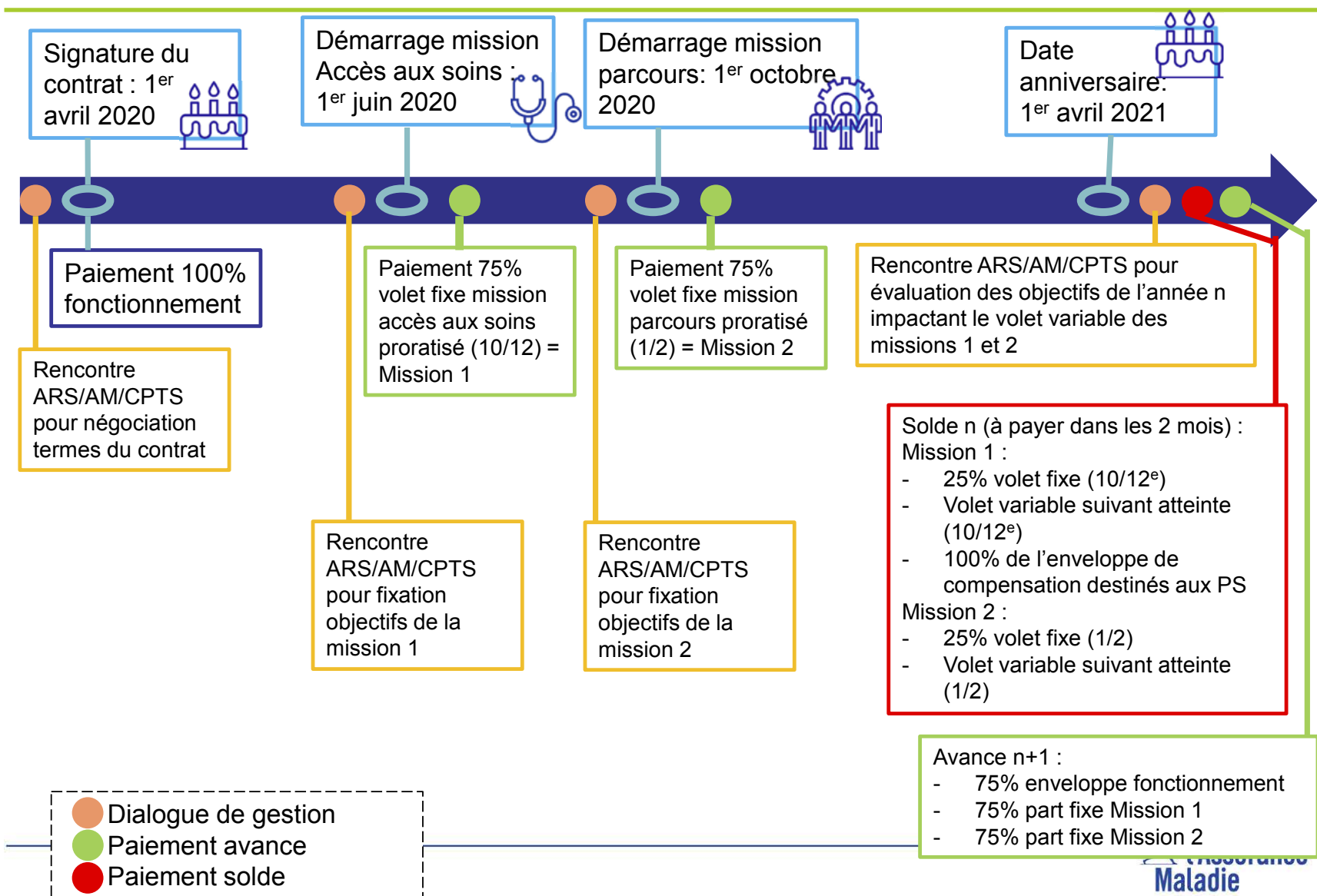
① Volet compensation financière en cas d'éventuelles pertes d'activité liées à l'organisation de soins non programmé pour les PS impliqués dans le dispositif → ce volet est une enveloppe qui est à verser à la CPTS une fois que la mission soins non programmés a démarré. Elle est versée à 100% lors du paiement du solde. La CPTS a ensuite la liberté d'affectation des sommes versées.

② Volet dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés → ce volet est à verser pour 75% de la somme dès démarrage du dispositif par la CPTS (suite à la présentation de pièces justifiant le démarrage effectif du dispositif) proratisé entre la période de démarrage du dispositif et la date anniversaire du contrat. Le solde proratisé est à verser dans les 2 mois suivant la date anniversaire du contrat. Les fonds alloués doivent être affectés exclusivement à ce dispositif.

Le versement des financements aux CPTS



Exemple



Les spécificités du contrat

Elaborer de manière partenariale entre l'Assurance Maladie, l'ARS et la communauté : **suivi de la trame du contrat type national mais à adapter au niveau local** pour être au plus près des besoins du territoire :

- choix des missions,
 - fixation des objectifs,
 - fixation des indicateurs de suivi et de résultats ...
- ➔ **Principe de souplesse et de subsidiarité** = on laisse les acteurs décider des modalités de mise en œuvre, du calendrier, des objectifs ...
- ➔ Cette faculté d'adaptation du contrat implique d'organiser régulièrement des temps d'échanges entre les signataires du contrat.
- ➔ **Le niveau d'exigence doit évoluer dans** la durée, il est donc nécessaire de se laisser une marge de manœuvre sur le niveau de financier alloué au début du contrat pour valoriser au fur et à mesure la progression de l'atteinte des missions.

Les spécificités du contrat

Documents administratifs attendus pour procéder à la signature du contrat :

- La copie du projet de santé validé par l'ARS
- Les statuts de la communauté professionnelle
- Les contours du territoire d'intervention de la communauté professionnelle
- La liste des membres de la CPTS avec leurs statuts : PS libéraux / MSP / ESP / CDS / équipes de soins spécialisés, établissements sanitaires et sociaux ...

7. Vie conventionnelle

Missions des instances

Missions		
CPN	CPR	CPL
- veiller au respect des dispositions du présent accord au niveau national	- veiller au respect des dispositions du présent accord au niveau régional	- veiller au respect des dispositions du présent accord au niveau local
- suivre la montée en charge des contrats conclus	- suivre la montée en charge des contrats conclus	- suivre la montée en charge des contrats conclus
- émettre un avis sur les outils d'accompagnement des CPTS	- émettre un avis en cas de difficultés de mise en œuvre des contrats conclus	- émettre un avis en cas de difficultés de mise en œuvre des contrats conclus
- valider les modalités de mise en place de l'évaluation défini à l'article 13	- suivre l'impact des missions mises en œuvre par les CPTS de la région sur l'offre de soins	- émettre des avis en cas de saisine de la CPL (si saisine en cas de refus de contractualisation d'une CPTS / si saisine en cas de procédure de résiliation du contrat)
- préparer les éventuels avenants et annexes à l'accord		- suivre l'impact des missions mises en œuvre par les CPTS du département sur l'offre de soins
- émettre un avis en cas de difficultés rencontrées dans la désignation des membres d'une CPR ou d'une CPL		

Composition des instances : exemple au 10/09/2019

Section professionnelle

CPN

CPR

CPL

30 sièges pour chacune des organisations syndicales représentatives des PS signataires de l'ACI et 3 sièges pour les centres de santé :

Prof.	Syndicats	nb signataires	nb sièges
MEDECINS	MG France, CSMF, SML	3	3
IDEL	SNIL, FNI CI	3	3
SAGE - FEMMES	UNSSF, ONSSF	2	2
ORTHOPHONISTES	FNO	1	1
ORTHOPTISTES	SNAO	1	1
PHARMACIENS	PSPF, USPO	2	2
PEDICURE- PODOLOGUE	FNP	1	1
BIOLOGISTES	SDB, SLBC, SNMB, SJBM	4	4
OPTICIENS	FNOF, ROF	2	2
FOURNISSEURS APPAREILLAGE	FFPO, UFOP, SNOF, SYNEA	4	4
AUDIO- PROTHESISTES	UNSAF	1	1
TRANSPORTEURS SANITAIRES	CNSA, FNMS, FNAP	3	3
MASSEURS- KINESITHERAPEUTES	FFMKR, UNSMKL	2	2
CHIRURGIENS- DENTISTES	CDF, UD	2	2
CENTRES DE SANTE	(FNCS, CRF, FMF, UNA, FNMF, ADMR, Adessadomicile, CANSSM, FNISASIC, C3SI)	10	3
		41	34

Maladie

Composition des instances : exemple au 10/09/2019

Section sociale		
CPN	CPR	CPL
nb de sièges identiques à celui de la section professionnelle , dont : - 80% pour le régime général : 27 sièges - 20% pour le régime agricole : 7 sièges		

Section "consultative"		
CPN	CPR	CPL
1 représentant de l'UNOCAM (si signature)* 1 personne qualifiée		
1 représentant de l'Etat	1 représentant de l'ARS	1 représentant de la Délégation Départementale de l'ARS
1 représentant de la FCPTS	1 représentant de la fédération régionale de la FCPTS	
1 représentant de la FFMPs	1 représentant de la fédération régionale de la FFMPs	
1 représentant de l'association de patients France Assos Santé	1 représentant de l'association de patients France Assos Santé	
	3 représentants de professions différentes désignés par l'ensemble des URPS	
Nb : à l'issue de 2 ans de mise en œuvre de l'accord, la liste des membres de la section consultative peut être révisée (sauf pour le représentant de l'Etat) * l'UNOCAM n'a pas souhaité à ce stade signer l'accord		