

# Accord conventionnel interprofessionnel en faveur de l'exercice coordonné – déploiement des CPTS



**1<sup>ère</sup> séance de négociations**

**16 janvier 2019**

# Sommaire

---

**1. Le contexte des négociations**

**2. Le cadre juridique**

**3. Les orientations pour les négociations et les premières propositions**

---

# 1. Rappel du contexte



# Le contexte des négociations

---

Une meilleure organisation territoriale de l'offre de soins constitue une des réponses aux tensions qui s'exercent sur le système de santé (vieillesse de la population, augmentation des maladies chroniques, conditions d'exercice, démographie médicale et inégale répartition sur le territoire des acteurs de santé, etc.).

- Développer l'exercice coordonné des professionnels de santé et plus généralement de l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux sur un territoire constitue un des leviers pour répondre à ces enjeux.
  
- Large consensus sur le fait que ce mode d'exercice et d'organisation :
  - contribue à améliorer l'accès aux soins de premier et second recours ;
  - facilite la continuité des parcours de soins entre les établissements de santé et l'ambulatoire ;
  - améliore la qualité de la prise en charge et favorise la prévention ;
  - renforce la prévention et améliore les conditions d'exercice des professionnels de santé.

# Le contexte des négociations

---

- « Ma Santé 2022 » inscrit la généralisation de l'exercice coordonné comme le cadre de référence pour l'ensemble des professionnels de santé de ville à horizon 2022.
- L'accord cadre interprofessionnel (ACIP) signé par l'UNPS le 10 octobre 2018 (et contresigné par l'ensemble des organisations syndicales composant l'UNPS) acte le principe de la nécessaire généralisation de l'exercice coordonné.
- L'article 42 de la LFSS pour 2019 confie aux partenaires conventionnels la conclusion d'un accord interprofessionnel pour définir un cadre de développement et de financement pérenne des formes d'exercice coordonné notamment au sein des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

# Le contexte des négociations

---

- ❑ **1<sup>er</sup> axe de travail : le développement de la coordination de proximité**
- ✓ Les équipes de soins primaires (ESP), maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et centres de santé sont de nature à favoriser la coordination des acteurs dans la prise en charge de chaque patient, en complémentarité avec les missions confiées aux CPTS.
- ✓ L'accompagnement du développement de ces dispositifs de coordination en proximité directe du patient implique de mener des travaux spécifiques qui pourraient conduire à des évolutions conventionnelles dans le cadre de l'ACI sur les CPTS ou d'accords spécifiques résultant des négociations à venir.

# Le contexte des négociations

---

- ❑ **2ème axe de travail : la coordination à l'échelle d'un territoire : le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**
- ✓ L'exercice coordonné implique également que les professionnels de santé organisent à l'échelle de leur territoire, dans le cadre des CPTS, une réponse collective aux besoins de santé de la population. Ces communautés s'organisent autour d'un projet de santé qui définit des missions auxquelles participent les professionnels et qui dépassent le champ de leur patientèle.

---

## 2. Cadre juridique





# Le cadre juridique de la négociation

---

L'article 42 de la LFSS 2019 prévoit notamment :

- l'engagement d'une négociation d'un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) afin de créer un cadre de développement et de financement pérenne pour les CPTS ;
- une négociation avec les syndicats de médecins portant sur la mise en œuvre de mesures incitatives au déploiement d'assistants médicaux dans les cabinets ;
- une dérogation exceptionnelle à la règle des 6 mois (stabilisateurs économiques définis à l'article L.162-14-1-1 CSS) pour la mise en œuvre des mesures conventionnelles en faveur des CPTS et assistants médicaux ;
- la compétence donnée aux partenaires conventionnels de définir des conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction de leur participation à un mode d'exercice coordonné.

# Le cadre juridique de la négociation

---

**Négociations entre l'UNCAM, les représentants des professionnels de santé libéraux, les représentants des centres de santé dans le cadre d'un accord conventionnel interprofessionnel défini à l'article L.162-14-1 II du CSS :**

*Extraits de cet article : « Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé et visant à améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans (...) Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la proposition d'orientations pluriannuelles relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique et la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins.*

# Le cadre juridique de la négociation

---

« Ces accords définissent **les engagements et objectifs**, notamment de santé publique, de qualité et d'efficacité des soins des **communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires, des maisons, centres et professionnels de santé**, sous la forme d'un ou de plusieurs **contrats types**. Des **contrats conformes à ces contrats types peuvent être conclus conjointement par l'agence régionale de santé et un organisme local d'assurance maladie avec des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires, des maisons, centres et professionnels de santé intéressés**. Ces accords conventionnels interprofessionnels établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, du respect des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie. »

# Le cadre juridique de la négociation

---

**Liste des professions invitées à la négociation de l'ACI :**  
*(liste des organisations en annexe)*

<b>Médecins</b>	<b>Transporteurs</b>
<b>Chirurgiens-dentistes</b>	<b>Centres de santé</b>
<b>Sages-femmes</b>	<b>Biologistes</b>
<b>Infirmiers</b>	<b>Pharmaciens</b>
<b>Masseurs-kinésithérapeutes</b>	<b>Audioprothésistes</b>
<b>Orthophonistes</b>	<b>Opticiens</b>
<b>Orthoptistes</b>	<b>Professionnels de l'appareillage</b>
<b>Pédicures-Podologues</b>	

# Le cadre juridique de la négociation

---

## Procédure de désignation d'un arbitre (Art.L162-14-2) :

- En cas de rupture des négociations préalables à l'élaboration d'une convention ou d'un accord conventionnel interprofessionnel → un arbitre arrête un projet d'accord dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses de santé.
- Le projet est ensuite soumis aux ministres pour approbation et publication sous la forme d'un règlement arbitral.
- Le règlement arbitral est arrêté pour une durée de 5 ans. Toutefois, dans les 2 ans qui suivent son entrée en vigueur, les partenaires conventionnels doivent engager des négociations en vue d'élaborer un nouvel accord.
- **L'arbitre est désigné par l'UNCAM et au moins une organisation syndicale représentative de chacune des catégories de professionnels concernés invitées à la négociation.** A défaut, ou en cas d'opposition à cette désignation, l'arbitre est désigné par le président du HCAAM.

# Le cadre juridique de la négociation

## Procédure de désignation d'un arbitre (Art.R162-54-7 CSS) :

- En cas d'accord d'au moins une OSR par catégories de professionnels concernés invitées à la négociation, désignation de l'arbitre.
- Droit d'opposition des autres OSR à cette décision qui doit s'exprimer dans un délai de 3 jours (règle de recevabilité de l'opposition définie à l'art. L162-15 du CSS). En cas d'opposition recevable, le Président du HCAAM procédera à la désignation de l'arbitre.
- Si absence d'accord d'au moins une OSR par catégories de professionnels concernés invitées à la négociation, saisine du HCAAM par l'UNCAM pour la désignation d'un arbitre.

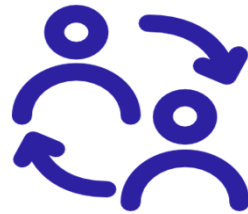
**L'UNCAM propose de désigner Madame Dominique POLTON en tant qu'arbitre (courrier adressé le 8 janvier 2019 aux OSR).**

## Calendrier des négociations - ACI exercice coordonné - CPTS

Date	Heure	Thématique abordée
<b>16/01/2019</b>	15h-18h	Ouverture des négociations et premières propositions
<b>30/01/2019</b>	17h	Les grands principes de l'accord – la notion d'exercice coordonné- les missions socles des communautés professionnelles
<b>14/02/2019</b>	10h-13h	Les missions complémentaires des communautés professionnelles
<b>28/02/2019</b>	9h30-12h30	Les outils de coordination des communautés professionnelles
<b>14/03/2018</b>	14h30-17h30	
<b>04/04/2019</b>	9h30-12h30	

---

## 3. Les orientations pour les négociations et les premières propositions



*3.1 Définir la notion d'exercice coordonné dans l'ACI*

*3.2 Définir les missions des CPTS (socle et complémentaires)*

*3.3 Définir l'accompagnement nécessaire en matière d'outils de coordination*

*3.4 Définir les modalités de rémunération des missions des CPTS*

*3.5 Développer la coordination de proximité*



## 3.1 Définir la notion d'exercice coordonné dans l'ACI



### Constat / éléments de cadrage :

- Aucune définition juridique de l'exercice coordonné n'existe aujourd'hui dans le cadre législatif et réglementaire. En revanche, plusieurs articles définissent des cadres d'exercice coordonné spécifiques (MSP, Centres de santé, ESP et CPTS).

- L'article 3 de l'ACIP précise que : « *Ce mode d'exercice [ordonné] peut prendre diverses formes : MSP, ESP, ou d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients.*

*Cet exercice coordonné implique que les professionnels de santé s'organisent à l'échelle de leur territoire dans le cadre de CPTS pour apporter une réponse collective aux besoins de santé de la population ».* **L'exercice coordonné revêt donc deux dimensions : une coordination de proximité et une coordination à l'échelle des territoires.**

- Les lignes directrices de la Ministre précisent que l'exercice coordonné, qui implique « **a minima** » **la participation à une CPTS et le travail en équipe, sont au cœur de la transformation du système de santé portée par Ma Santé 2022.**

## 3.1 Définir la notion d'exercice coordonné dans l'ACI

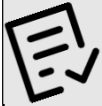
---



### Premières propositions :

- L'ACI a vocation à faire émerger une définition de l'exercice coordonné au regard de ces deux niveaux (coordination de proximité et de territoire). Cette définition se fera en cohérence et dans le prolongement des termes de l'article 3 de l'ACIP.
- L'ACI précisera le contenu des missions susceptibles de définir les conditions d'un exercice coordonné par un professionnel de santé. Quand une CPTS est constituée, les professionnels adhérents doivent s'investir a minima dans l'exercice des missions socles et pour ceux des PS non concernés par une mission socle, au moins une mission complémentaire.

## 3.1 Définir la notion d'exercice coordonné dans l'ACI



### Constat / éléments de cadrage :

- **Création de la communauté professionnelle** : le PJJ Santé (article 7) prévoit que le projet de santé élaboré par les acteurs de la CPTS précise en particulier : les besoins identifiés et les actions proposées pour y répondre, le territoire d'action de la communauté, les engagements des professionnels, les modalités de leur travail pluri-professionnel – organisation des concertations, protocole(s) pluri-professionnel(s), dispositif d'information sécurisé permettant le partage des données, traduction dans l'activité quotidienne des structures de soins et des services ayant adhéré à la CPTS et les modalités d'évaluation de l'action de la CPTS.
- **Forme juridique de la communauté professionnelle** : la forme juridique peut avoir un impact sur les modes de financement possibles de la communauté professionnelle. Actuellement, les CPTS ou projets de CPTS se sont quasi exclusivement constitués sous forme associative.

## 3.1 Définir la notion d'exercice coordonné dans l'ACI

---



### Premières propositions :

- Il est proposé qu'aucune forme juridique ne soit imposée pour la constitution des CPTS, le choix de la forme juridique étant laissé à l'appréciation des professionnels concernés en fonction de leurs besoins
- Le statut juridique choisi devra cependant répondre aux impératifs suivants : garantir la pluriprofessionnalité, accueillir tous les acteurs (personnes physiques et morales), pouvoir recevoir des financements, être en capacité d'en assurer une redistribution si nécessaire, investir dans des moyens permettant le fonctionnement de la communauté.
- Le projet de loi santé prévoit une habilitation du gouvernement à intervenir par ordonnance pour modifier, le cas échéant, le cadre juridique disponible des structures et organisations coordonnées.

## 3.2 Définir les missions des CPTS éligibles au financement conventionnel



### Constat / éléments de cadrage :

Dans le cadre de « ma santé 2022 », les communautés professionnelles se verront confier six missions prioritaires correspondant aux besoins premiers de la population dans les territoires : la réalisation d'actions de prévention, l'accès à un médecin traitant pour tous les habitants du territoire, la réponse aux soins non programmés, l'organisation de l'accès à des médecins spécialistes (autre que la médecine générale), la sécurisation des passages entre soins de ville et hôpital, le maintien à domicile.



### Premières propositions :

- L'accord n'a pas vocation à définir l'exhaustivité des missions que pourront exercer les CPTS mais il doit identifier celles qui apparaissent **essentielles en termes d'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité de la prise en charge et qui nécessitent donc d'être financées conventionnellement pour aider à leur déploiement.**
- **Différentes missions socles ont été identifiées en faveur de :**
  - **l'accès aux soins avec 2 missions prioritaires (socles) : l'accès au MT, l'accès aux soins non programmés ;**
  - **l'organisation des parcours** – les communautés devront choisir d'organiser au moins un parcours en fonction des besoins des patients du territoire (mission socle)  
– parcours favorisant notamment le lien entre la ville, le sanitaire et le médico-social
- **D'autres missions complémentaires** favorisant : la prévention, la continuité des soins, la qualité et l'efficacité, l'amélioration des conditions de travail et l'attractivité dans les territoires...

## 3.2 / 1<sup>ère</sup> mission socle – Accès aux soins – Accès au Médecin Traitant

---



### Constat / éléments de cadrage :

- 11,8 % de patients de plus de 16 ans n'ont pas de médecin traitant désigné (une partie d'entre eux n'a pas de consommation de soins) ce qui a un impact sur la prise en charge des soins dans le cadre du parcours MT.
- Il apparait nécessaire :
  - d'améliorer l'accès au MT pour le suivi dans la durée et en proximité, notamment dans les zones sous denses (dans le respect de la liberté de choix des patients)
  - de porter une attention particulière à certains patients : ALD ou de plus de 70 ans, patients atteints de pathologies chroniques, patients en situation de précarité...

## 3.2 / 1<sup>ère</sup> mission socle – Accès aux soins – Accès au Médecin Traitant



### Premières propositions :

- **La CPTS aura la responsabilité, à l'échelle de son territoire, de :**
  - recenser les patients sans médecin traitant (et désireux d'en choisir un)
  - identifier la capacité des médecins à prendre de nouveaux patients en tant que MT
  - définir les patients « prioritaires » pour la prise en charge par un MT
- **Quelques pistes de travail :**
  - Mise en place d'une organisation permettant la prise en charge de nouveaux patients MT et permettant d'anticiper les départs à la retraite des médecins ;
  - Mise en place de collaboration entre le « coordonnateur » de la CPTS et les conciliateurs des caisses notamment.
- **Quelques pistes d'indicateurs envisageables →** Indicateurs de suivi concernant l'augmentation de la patientèle MT par médecin ou augmentation de la population du territoire bénéficiant d'un MT + sous-indicateur sur les populations nécessitant une attention particulière (ALD, ...)

## 3.2 / 2<sup>ème</sup> mission socle – Accès aux soins - proposer un accès aux soins non programmés

---



### Constat / éléments de cadrage :

- Un recours aux urgences d'un certain nombre de patients faute d'avoir accès à un médecin dans des délais compatibles avec l'état de santé → 43% des passages aux urgences relèvent d'une prise en charge en ville dont 29% par un MG sans plateau technique.
- 75% des passages aux urgences ont lieu entre 8h et 20h en semaine.
- Le rapport parlementaire « Assurer le premier accès aux soins » fixe l'objectif d'obtenir un rendez-vous chez un généraliste le jour même ou dans les 24 heures suivant la demande mais aussi chez un médecin exerçant une spécialité de 1<sup>er</sup> ou 2<sup>nd</sup> recours dans des délais rapides quand cela est nécessaire.
- Il est nécessaire de passer de l'obligation déontologique individuelle à une organisation territoriale et collective.



## 3.2 / 2<sup>ème</sup> mission socle – Accès aux soins - proposer un accès aux soins non programmés



### Premières propositions :

- La Communauté professionnelle mettra en place une organisation qui prenne en compte l'offre existante du territoire (état des lieux en amont) et permette l'ouverture coordonnée de plages horaires de soins non programmés, réparties sur toute l'amplitude de la journée et s'appuyant sur un dispositif d'orientation des patients vers les médecins concernés.
- Le recours aux actes de télémédecine sera développé au sein des communautés professionnelles pour faciliter la mise en place de cette organisation;
- Un accès simple à des examens de radiologie/biologie lorsqu'ils sont nécessaires aux soins non programmés pourra être organisé.

### **Premières pistes d'indicateurs envisageables :**

- Baisse du nombre de recours aux urgences sur le territoire de la communauté
- Nombre de consultations enregistrées durant les plages non programmées des membres de la communauté
- Satisfaction des patients

## 3.2 / 3<sup>ème</sup> mission socle – Organisation des parcours



### Constat / éléments de cadrage :

- La communauté professionnelle, dans sa dimension pluri-professionnelle, contribue à la continuité des soins et la prévention des risque d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation, notamment par une gestion coordonnée des parcours intégrant les liens entre le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>nd</sup> recours, le lien avec les établissements sanitaires et médico-sociaux, les dispositifs sociaux d'aide à domicile, le partage des informations.



### Premières propositions :

- La définition et la mise en place de ce type de parcours nécessitant un certain délai, **l'accord conventionnel pourrait prévoir que l'exercice effectif de cette mission socle n'intervienne que dans un certain délai (1 an) après la signature du contrat.**
  - Différents parcours pourraient être mis en place de manière progressive : parcours à destination des personnes atteintes de handicap, parcours de sorties d'hospitalisation, parcours à destination des personnes âgées, notamment pour favoriser le maintien à domicile et prévenir la perte d'autonomie, en lien avec le secteur médico-social, les plates-formes territoriales d'appui et les hôpitaux de proximité ...
- Intégration de la satisfaction patient dans les évaluations des parcours mis en place

## 3.2 / Missions complémentaires : prévention



### Premières propositions :

- La communauté professionnelle pourrait développer des actions collectives de prévention ou de dépistages en fonction des besoins du territoire, en pluri professionnalité :
  - des actions collectives de **promotion de la vaccination** pour augmenter la couverture vaccinale
  - des actions collectives pour **promouvoir les dépistages organisés** en faveur de la population du territoire.
- La communauté professionnelle pourrait développer des actions avec les partenaires dans le cadre de **parcours de prévention** (par exemple le parcours prévention de l'obésité pour les enfants de 3 à 12 ans).
- La communauté professionnelle pourrait promouvoir **des actions qui répondent à des problématiques de territoires** : addictions, renoncement aux soins, ateliers de prévention/éducation thérapeutique...

## 3.2 / Missions complémentaires : qualité et pertinence



### Premières propositions :

- La communauté professionnelle pourrait promouvoir **une démarche de type groupe qualité pluri-professionnel**.
- La communauté professionnelle pourrait proposer à ses membres **d'intégrer l'évaluation de la qualité et de l'efficience dans les parcours** pour une amélioration des prises en charge.
- La communauté professionnelle pourrait **mettre en œuvre un ou plusieurs parcours de soins issus du chantier de transformation du système de santé** portant sur la « qualité et pertinence » par l'utilisation dès que possible d'indicateurs de qualité (efficacité clinique et expériences patients).
- La communauté professionnelle pourrait recueillir et **exploiter les données à sa disposition pour mesurer l'évolution des pratiques**.

## 3.2 / Missions complémentaires : Formation

---



### Premières propositions :

- La communauté professionnelle pourrait **proposer une offre de formation interprofessionnelle continue** dans une logique pluri-professionnelle : fonctionnements interprofessionnels, élaboration d'un diagnostic territorial, retours d'expériences, confrontations des pratiques, accompagnement à l'usage des outils de coordination.
- La communauté professionnelle pourrait **contribuer à améliorer l'attractivité des territoires** pour les professionnels de santé par : des mesures d'accompagnement, l'accueil de stagiaires, le développement de l'exercice mixte, ...

### 3.3 Définir l'accompagnement nécessaire en matière d'outils de coordination



#### Constat / éléments de cadrage :

- Un certain nombre d'outils utilisés par les professionnels de santé sont déjà en partie financés via des accords conventionnels mono catégoriels, par exemple la Messagerie Sécurisée de Santé ou la compatibilité des logiciels métiers avec le Dossier Médical Partagé
- Pour le bon fonctionnement de la CPTS, il apparaît important de promouvoir l'usage des services interopérables avec les logiciels métier des structures existantes (Cabinets, MSP, centres de santé, ESP) et d'articuler avec l'accord cadre et les outils proposés dans le cadre du programme « e parcours ».



#### Premières propositions :

- **Développement de l'usage des outils numériques de coordination les plus pertinents permettant les échanges sécurisés et traçables des informations pour les besoins précis des CPTS et notamment :**
  - agenda partagé pour l'organisation des soins non programmés ;
  - outils facilitant la gestion des soins non programmés et la gestion des parcours complexes ;
  - annuaire des professionnels.

## 3.4 Définir les modalités de rémunération des missions des CPTS

---



### Constat / éléments de cadrage :

- Une **rémunération des CPTS** et non des professionnels de santé en tant que participants de la communauté.
- Un **contrat individualisé** entre les CPTS, l'Assurance Maladie et les ARS pour permettre une modularité sur les missions, les objectifs.
- Un cadre structurant défini pour la contractualisation entre la CPTS, l'Assurance Maladie et l'ARS, tout en laissant de **la souplesse au niveau local** pour s'adapter à la diversité des situations et permettre leur évolution dans la durée : choix des missions complémentaires laissé aux membres des CPTS (marge de manœuvre locale), seules les 2 missions inhérentes à l'accès aux soins et la mission sur l'organisation des parcours seront considérées comme des prérequis.
- Une **définition des modalités de suivi de la mise en œuvre des mesures** afin d'évaluer leurs impacts sur l'accès aux soins.

## 3.4 Définir les modalités de rémunération des missions des CPTS

---



### Premières propositions :

- **La fonction de coordination pourrait être rémunérée en tant que telle** pour assurer la mise en œuvre du projet de santé. Son montant sera modulée en **fonction du nombre d'habitants couverts par le territoire de la CPTS et du nombre de PS**. La fonction de coordination devrait contribuer à la mise en œuvre des missions et l'atteinte de leurs objectifs.
- Chaque mission exercée donnera lieu à une **rémunération spécifique dont le montant pourra être pondérée en fonction de l'intensité des moyens mis en œuvre et pourra être bonifiée au regard de l'atteinte d'objectifs** en lien avec les missions réalisées par les CPTS.
- **La montée en charge des compétences des CPTS et le nombre progressif de PS qui la compose sera à prendre en compte dans le calcul des rémunérations et des objectifs liés aux différentes missions exercées.**



## 3.5 Développer la coordination de proximité



### Premières propositions :

- **Poursuivre le développement de la coordination de proximité (ESP, MSP, CDS) en parallèle du développement des CPTS** pour favoriser la coordination des acteurs dans la prise en charge de chaque patient.
- **Articuler l'ACI des CPTS avec l'ACI des MSP et l'accord national des CDS** qui valorisent l'engagement de ces organisations dans l'accès aux soins, le travail d'équipe et le système d'information partagé :
  - en pratique, les ESP, les MSP et les CDS feraient partie des CPTS
  - à la suite de l'ACI des CPTS, les conséquences de cet accord seront examinées au regard de l'ACI des MSP et de l'accord national des centres de santé; et le cas échéant, des négociations seront engagées pour proposer un avenant à l'ACI des MSP et à l'accord national des centres de santé afin d'assurer une parfaite cohérence et une complémentarité des différents accords conventionnels.

# ANNEXE : LISTE DES SYNDICATS

PROFESSION	ORGANISATION	PROFESSION	ORGANISATION	
<b>MEDECINS</b>	<i>MG France</i>	<b>CENTRES DE SANTE</b>	<i>F.M.F</i>	
	<i>C.S.M.F.</i>		<i>F.N.M.F.</i>	
	<i>S.M.L.</i>		<i>UNA</i>	
	<i>F.M.F</i>		<i>Union nationale A.D.M.R</i>	
	<i>Syndicat LE BLOC</i>		<i>Adessadomicile</i>	
<b>CHIRURGIENS - DENTISTES</b>	<i>C.N.S.D (C.D.F)</i>		<i>C.A.N.S.S.M</i>	
	<i>UD - UNION DENTAIRE</i>		<i>FNISASIC</i>	
	<i>FSDL</i>		<i>C3SI</i>	
<b>SAGE - FEMMES</b>	<i>U.N.S.S.F</i>		<b>BIOLOGISTES</b>	<i>S.D.B</i>
	<i>O.N.S.S.F</i>			<i>S.N.M.B</i>
<b>INFIRMIERES</b>	<i>Convergence Infirmière</i>	<i>S.L.B.C</i>		
	<i>S.N.I.I.L</i>	<i>S.J.B.M</i>		
	<i>F.N.I</i>	<i>FSPF</i>		
<b>MASSEURS - KINESITHERAPEUTES</b>	<i>F.F.M.K.R</i>	<b>PHARMACIENS</b>	<i>USPO</i>	
	<i>U.N.S.M.K.L</i>	<b>AUDIO-PROTHESISTES</b>	<i>UNSAF</i>	
<b>ORTHOPHONISTES</b>	<i>F.N.O</i>	<b>OPTICIENS</b>	<i>FNOF</i>	
<b>ORTHOPTISTES</b>	<i>S.N.A.O</i>		<i>SYNOM</i>	
<b>PEDICURES PODOLOGUES</b>	<i>F.N.P</i>		<i>ROF</i>	
<b>TRANSPORTEURS</b>	<i>C.N.S.A</i>	<b>APPAREILLAGE</b>	<i>UDOF</i>	
	<i>F.N.T.S</i>		<i>SEF</i>	
	<i>F.N.A.P</i>		<i>FFPO</i>	
	<i>F.N.A.A</i>		<i>UFOP</i>	
<b>CENTRES DE SANTE</b>	<i>F.N.C.S.</i>		<i>SNOF</i>	
	<i>C.R.F</i>		<i>SYNEA</i>	