

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 qui figurent en annexe 6 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 constitue 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 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 des 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'efficacité 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 adaptés 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 ARS 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'ARS. 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'ARS 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,
- adaptations 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'ARS et souhaitant bénéficier du cadre d'accompagnement et de financement défini dans le présent accord doivent souscrire à un contrat tripartite avec l'ARS 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, ARS 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 ces 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'ARS ;
- 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 (télé médecine et télésoin)

Les partenaires conventionnels s'accordent pour reconnaître que la télé médecine constitue un nouveau mode d'organisation utile pour améliorer l'accès aux soins de certains patients rencontrant des problèmes de mobilité. A 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 télé médecine 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 interprofessionnel 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 (exemple 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 (ex. 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'ARS 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 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 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 telle que définis 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, la 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. A 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'ARS 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'ARS 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'ARS (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 telle 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.

A 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	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €
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</i> <i>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 €
	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	Volet Fixe / Moyens	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Volet variable/actions et résultats	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €

prévention (socle)	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 programmé

Evolution 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. A 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.

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 ARS

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'ARS et l'Assurance Maladie. L'Assurance Maladie et l'ARS 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'ARS 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 que 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'Etat,
- 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 décision 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 décision 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. A 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'avenant.

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.

ANNEXE 1 - CONTRAT TYPE RELATIF AUX COMMUNAUTES PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTE

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 [REDACTED]

représentée par _____

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

Et d'autre part,

la communauté professionnelle territoriale de santé :

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

représentée(s) par [REDACTED] 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. 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'ARS. 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'ARS 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'ARS ;
- 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 apparait 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)
------------------	----------------	--

Catégorie	Libellé	Contenu mission (à détailler en fonction de chaque contrat)
Obligatoire (socle)	<p>Favoriser l'accès aux soins au travers notamment des deux actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faciliter l'accès à un médecin traitant • Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville 	<p>La mission « Favoriser l'accès aux soins » pourrait se traduire par les missions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place, en lien avec les acteurs du territoire concerné 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.

Catégorie	Libellé	Contenu mission (à détailler en fonction de chaque contrat)
Obligatoire (socle)	<p>Favoriser l'accès aux soins au travers notamment des deux actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faciliter l'accès à un médecin traitant • Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville 	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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).</p>

Catégorie	Libellé	Contenu mission (à détailler en fonction de chaque contrat)
Obligatoire (socle)	Mission en faveur de l'organisation de parcours pluri professionnels autour du patient	<ul style="list-style-type: none"> - 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.
Obligatoire (socle)	Mission en faveur du développement des actions territoriales de prévention	<ul style="list-style-type: none"> - 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 (ex. 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'ARS comme le réseau Sentinelles, dépistages, etc.

Catégorie	Libellé	Contenu mission (à détailler en fonction de chaque contrat)
Optionnel (complémentaire)	Missions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins	<ul style="list-style-type: none"> - 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'analyse 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.

Catégorie	Libellé	Contenu mission (à détailler en fonction de chaque contrat)
Optionnel (complémentaire)	Missions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire	<p>Pour promouvoir et faciliter l'installation des professionnels de santé notamment dans les zones en tension démographique, la communauté professionnelle peut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<i>A compléter en fonction du choix de chaque communauté professionnelle</i>	<i>A compléter en fonction du choix de chaque communauté professionnelle</i>
Complémentaire (optionnel)	Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire	<i>A compléter en fonction du choix de chaque communauté professionnelle</i>	<i>A compléter en fonction du choix de chaque communauté professionnelle</i>

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 5.1.1).

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 définies au regard de la taille de la communauté professionnelle telle que définie 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. A 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.

(A 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'ARS 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'ARS 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'ARS (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]*

<p>Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins</p>	<p>Définition de l'indicateur fixé au niveau ...</p>	<p>Indicateurs d'actions et de résultats</p>	<p>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</p>
---	---	---	---

<p>Favoriser l'accès aux soins au travers notamment des deux actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faciliter l'accès à un médecin traitant • Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville <p>Faciliter l'accès à un médecin traitant</p>	National	<p>La mission « Favoriser l'accès aux soins » pourrait se traduire par les indicateurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>██████████%</p> <p>██████████%</p>
<p>Faciliter l'accès à un médecin traitant</p>	Local	<p>Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées [<i>définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis</i>] :</p> <p>██████████</p> <p>██████████</p> <p>Etc ...</p>	<p>██████████</p> <p>██████████</p>
<p>Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville</p>	National	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<p>----- %</p> <p>----- %</p> <p>----- %</p>

		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 <i>[définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis]</i> : <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> Etc ...	<div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>

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 <i>[pouvant être différenciés par année du contrat]</i>
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	<div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>

		<p>pu en bénéficié¹</p> <p><i>[définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis] :</i></p> <p>██████████</p> <p>██████████</p> <p>Etc</p>	
Organisation des parcours / coordination	Local	<p>Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées</p> <p><i>[définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis] :</i></p> <p>██████████</p> <p>██████████</p> <p>Etc</p>	<p>██████████</p> <p>██████████</p>
Prévention	Local	<p>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</p> <p><i>[Définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis :]</i></p> <p>██████████</p> <p>██████████</p> <p>Etc</p>	<p>██████████</p> <p>██████████</p>
Prévention	Local	<p>Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées</p> <p><i>[définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis] :</i></p>	<p>██████████</p> <p>██████████</p>

¹ 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.

		<p>[redacted]</p> <p>[redacted]</p> <p>Etc ...</p>	
Qualité et Pertinence	Local	<p>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</p> <p><i>[définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis] :</i></p> <p>[redacted]</p> <p>[redacted]</p> <p>Etc ...</p>	<p>[redacted]</p> <p>[redacted]</p>
Qualité et Pertinence	Local	<p>Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées</p> <p><i>[définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis] :</i></p> <p>[redacted]</p> <p>[redacted]</p> <p>Etc ...</p>	<p>[redacted]</p> <p>[redacted]</p>
Accompagnement des professionnels de santé	Local	<p><i>[définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis] :</i></p> <p>[redacted]</p> <p>[redacted]</p> <p>Etc ...</p>	<p>[redacted]</p> <p>[redacted]</p>
Accompagnement des professionnels de santé	Local	<p>Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées</p> <p><i>[définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis] :</i></p> <p>[redacted]</p>	<p>[redacted]</p> <p>[redacted]</p>

		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 €

[mentionner uniquement le montant financier de la taille de la communauté professionnelle signataire du contrat]

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.

A 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	Volet Fixe / Moyens	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €

soins (socle) :	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>	<i>35 000 €</i>	<i>45 000 €</i>	<i>55 000 €</i>	<i>70 000 €</i>
	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 €
	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	Volet Fixe / Moyens	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €

de la qualité et de la pertinence des soins (optionnel)	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 programmé

[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 à 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 que 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 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 RECAPITULATIF DU CALENDRIER DE DEPLOIEMENT 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 RESULTATS 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 ...
<p>Favoriser l'accès aux soins au travers notamment des deux actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faciliter l'accès à un médecin traitant • Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville <p>Faciliter l'accès à un médecin traitant</p>	<p>La mission « Favoriser l'accès aux soins » pourrait se traduire par les indicateurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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

<p>Faciliter l'accès à un médecin traitant</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées 	<p>Local</p>	<p>Local</p>
<p>Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>National</p>	<p>Local</p>

Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées 	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	Local	Local

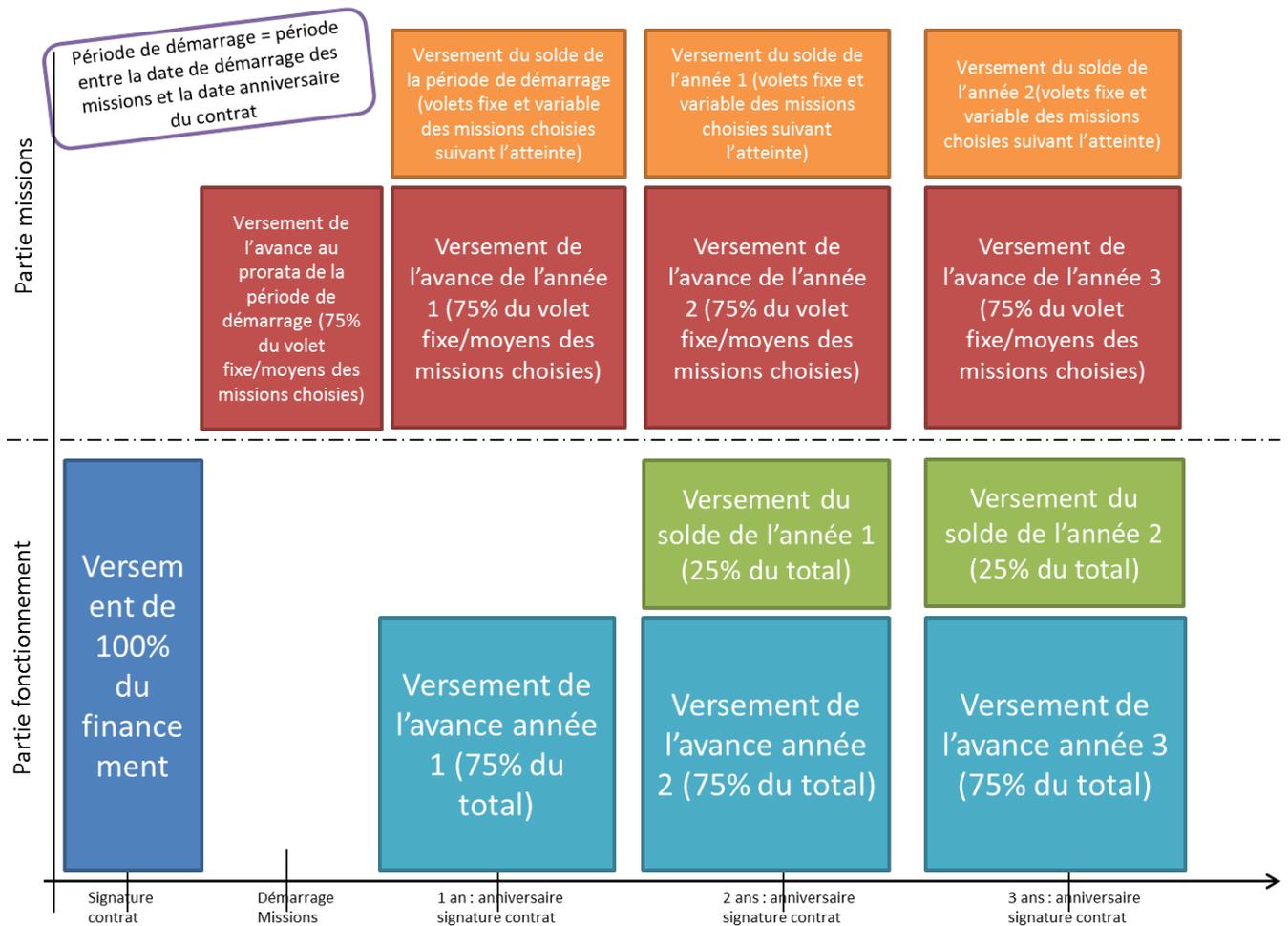
² Par exemple, si le parcours concerne la prise en charge de patients diabétiques, l'indicateur serait : nombre de patients diabétiques ayant bénéficié du parcours sur le nombre total de patients diabétiques sur le territoire couvert par la communauté avec des données qui pourraient être fournies, notamment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

	déployées, nombre de patients bénéficiant de ces actions, évaluation de la satisfaction des patients, etc		
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	A définir	Local	Local
Accompagnement des professionnels de santé	Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées	Local	Local

ANNEXE 4 – SCHEMAS DES MODALITES DE VERSEMENT DES FINANCEMENTS

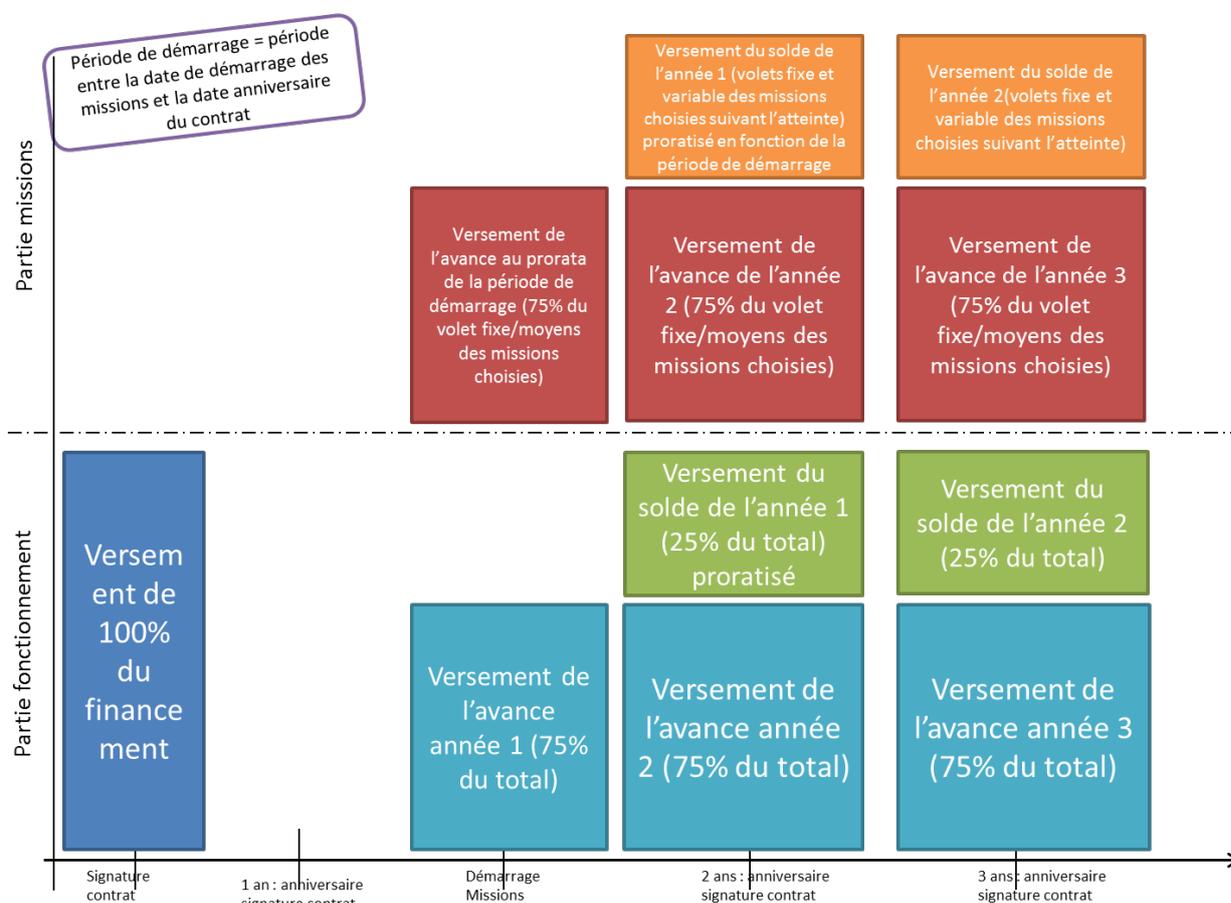
Cas 1 :

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



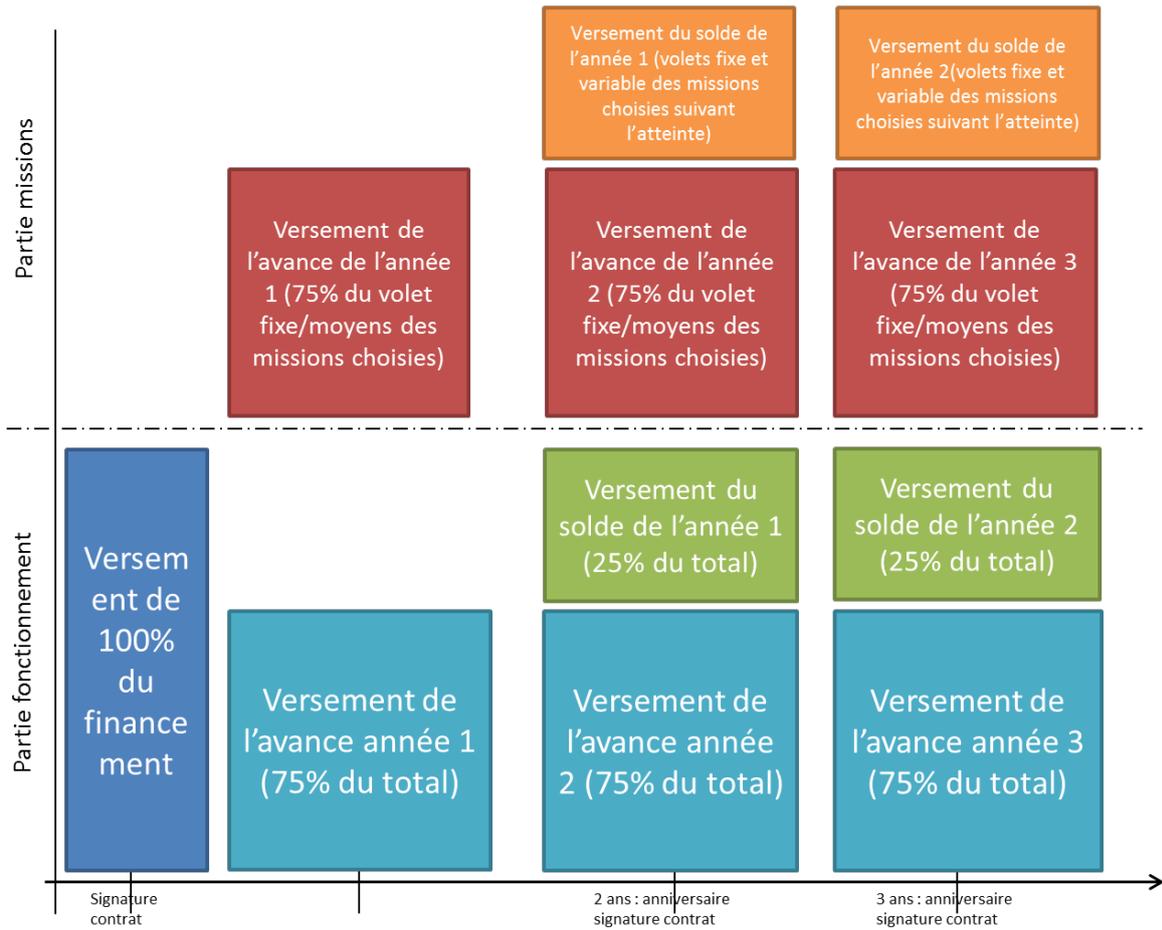
Cas 2 :

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. 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. A 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 6 - LISTE DES ORGANISATIONS SYNDICALES REPRESENTATIVES SIGNATAIRES