



**MINISTÈRE  
DE LA SANTÉ  
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**NOTE D'INFORMATION N° DGOS/R5/CNAM/DDGOS/2023/3** du 12 janvier 2023 relative à la mise en œuvre de l'avenant n° 2 de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Le ministre de santé et de la prévention  
Le directeur général de la Caisse nationale  
de l'assurance maladie

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé  
Mesdames et Messieurs les directeurs  
des caisses primaires d'assurance maladie

<b>Référence</b>	NOR : SPRH2300554N (numéro interne : 2023/3)
<b>Date de signature</b>	12/01/2023
<b>Emetteurs</b>	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins Caisse nationale de l'assurance maladie Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
<b>Objet</b>	Mise en œuvre de l'avenant n° 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)
<b>Contacts utiles</b>	Direction générale de l'offre de soins Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau Evaluation, modèles et méthodes (R5) Elizabeth BOUTTIER Tél. : 01 40 56 79 19 Mél. : <a href="mailto:elizabeth.bouttier@sante.gouv.fr">elizabeth.bouttier@sante.gouv.fr</a> Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins Département des professions de santé Mél. : <a href="mailto:mssp.cpts.cnam@assurance-maladie.fr">mssp.cpts.cnam@assurance-maladie.fr</a>
<b>Nombre de pages et annexes</b>	14 pages + 4 annexes (42 pages) Annexe 1 : Contrat type relatif aux communautés professionnelles territoriales de santé Annexe 2 : Modèle de contrat type - Accompagnement dans la mise en œuvre de mission précoce - Modalités d'éligibilité et de financement Annexe 3 : Avenant 2 ACI CPTS Annexe 4 : Lignes directrices pour la rédaction d'un plan d'action pour la participation à la gestion de crise sanitaire exceptionnelle – Communautés professionnelles territoriales de santé

<b>Résumé</b>	Cette note précise les contours d'application et de mise en œuvre de l'avenant n° 2 à l'ACI CPTS. Elle reprend mesure par mesure les évolutions proposées par ce dernier concernant la création d'une mission « crise sanitaire », la création de dispositifs pour accélérer l'adhésion, la mise en place d'expérimentations, l'évolution de la mission portant sur les soins non programmés et enfin les évolutions concernant les équipes de soins primaires (ESP) / équipes de soins spécialisées (ESS) CPTS de taille 4.
<b>Mention Outre-mer</b>	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie et de Wallis et Futuna.
<b>Mots-clés</b>	Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), exercice coordonné, accord conventionnel interprofessionnel (ACI), ingénierie territoriale.
<b>Classement thématique</b>	Etablissements de santé - Organisation
<b>Textes de référence</b>	- Articles L. 1434-12 et suivants du code de la santé publique ; - Article L. 162-15 du code de la sécurité sociale ; - Article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale ; - <a href="#">Avis relatif à l'avenant n° 2</a> à l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des Communautés professionnelles territoriales de santé, signé le 20 décembre 2021 ; - Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019.
<b>Rediffusion locale</b>	Néant
<b>Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 6 janvier 2023 - N° 2</b>	
<b>Document opposable</b>	Non
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	Non
<b>Publiée au BO</b>	Oui
<b>Date d'application</b>	Immédiate

[L'avenant n° 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel conclu le 20 décembre 2021](#), entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et 34 syndicats représentatifs des différentes professions de santé et centres de santé est paru au Journal officiel le 31 mars 2022.

La présente note a pour objet de présenter ce nouveau texte conventionnel, dont les principales mesures portent sur :

- une nouvelle mission sociale liée à la gestion de la crise sanitaire ;
- des dispositifs pour accélérer l'adhésion afin d'encourager à la création de nouvelles CPTS et dans un objectif de couverture de l'ensemble du territoire national ;

- la mise en place d'expérimentation d'équipes de soins primaires (ESP) et équipes de soins spécialisées (ESS) ;
- l'adaptation de la mission socle liée à l'accès aux soins pour le volet « améliorer la prise en charge des soins non programmés » en lien avec le Service d'accès aux soins (SAS) ;
- des dispositions particulières pour les CPTS de taille 4 avec plus de 100 membres.

Un diaporama de présentation de l'avenant n° 2 à l'accord national est disponible en annexe 3.

Ces mesures visent à adapter notre système de santé dans un contexte particulier et inédit, marqué par la crise sanitaire liée à la pandémie mondiale de la COVID-19, mais aussi dans le prolongement des réformes « Ma Santé 2022 » et du Ségur de la santé qui a permis en juillet 2020 de dégager plusieurs axes de travail afin de poursuivre la modernisation de notre système de santé.

*Depuis la période dérogatoire mise en place dans le cadre des mesures du rapport du Dr BRAUN, la rémunération de l'effectif des soins non programmés prévue en application de l'avenant n° 9 à la convention médicale (indicateur 9 du forfait structure prévu par les dispositions de l'article 20.2 de la convention nationale) et l'avenant n° 4 à l'accord national des centres de santé (article 8.3.6) ne s'applique pas.*

*Les modalités de financement de l'effectif mises en place pendant la phase pilote du SAS sont supprimées.*

*La rémunération de l'engagement auprès du SAS prévue en application de l'avenant n° 9 à la convention médicale (indicateur 8) et l'avenant n° 4 à l'accord national des centres de santé (article 8.3.5), est en revanche maintenue pour valoriser les professionnels de santé et structures s'étant engagés dans la démarche SAS.*

## **1. Création d'une trame type pour les situations de crise sanitaire grave**

En 2020, la pandémie mondiale de la COVID-19 modifie les modes de fonctionnement pour les professionnels de santé de ville : il s'agit de s'organiser collectivement pour répondre aux besoins massifs de dépistage puis de vaccination. Dans ce contexte, les communautés professionnelles territoriales de santé, alors en plein essor dans certains territoires, ont démontré leur plus-value, en faisant preuve d'une grande force d'adaptation et d'action collective. En effet, les retours d'expérience ont montré le rôle central joué par ces dernières dans la mise en place des centres COVID dédiés et autres organisations spécifiques de crise, dans les coopérations et collaborations sur les territoires avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les services d'urgence, les collectivités territoriales, etc.

En conséquence, les partenaires conventionnels ont souhaité valoriser et soutenir les communautés qui se sont investies dans la gestion de la crise, et aussi mieux anticiper la potentielle survenue d'une nouvelle crise en créant un cadre ad-hoc dans l'accord conventionnel. Cette reconnaissance s'inscrit par ailleurs dans la continuité de l'ordonnance du 12 mai 2021, qui définit les missions de CPTS comme des missions de service public, intégrant celle relative à la participation à la gestion de la crise.

### **1.1. Présentation de la mesure**

La mission « crise sanitaire » correspond à l'élaboration d'un plan de réponse à une crise sanitaire grave et à sa mise en œuvre en cas de crise effective.

Cette mission se décline donc en deux volets distincts :

- **Le premier volet** correspond à **l'élaboration du plan de crise, pour la première année de signature du contrat ACI CPTS ou à la signature de l'avenant, et à son actualisation pour toutes les années suivantes.** Ce plan est élaboré à partir d'une trame nationale qui sera transmise aux équipes pour une adaptation au regard des besoins et ressources dont dispose le territoire. La réflexion autour de l'adaptation de ce plan se fera de manière collective, en collaboration avec les établissements et les collectivités du territoire.

La trame nationale est réalisée par un groupe de travail issu de la commission paritaire nationale et précise les lignes directrices du plan de crise. Ce plan s'articule avec les autres dispositifs mis en place sur le territoire. Elle précise les modalités de réponse à cinq types de situations sanitaires exceptionnelles, listées ci-après :

- la prise en charge de blessés somatiques ou psychiques (attentats, incendie, explosions, émeutes...);
- la prise en charge de malades (notamment personnes âgées) : épidémie saisonnière, canicule, grand froid, pollution ;
- la prise en charge de patients atteints par un agent infectieux émergent (coronavirus, fièvres hémorragiques virales...);
- la prise en charge de patients atteints par un agent NRC (accidents ou attentats nucléaires, radiologiques ou chimiques). En cas de risque NRC, la communauté professionnelle assure la prise en charge des seuls patients relevant du domaine ambulatoire qui ne nécessitent ni infrastructures ni matériel spécifique ;
- l'altération de l'offre de soins (pénurie de médicaments, difficultés de circulation liées à la neige, les inondations ou un cyclone).

Ce plan intègre des mesures ou actions visant à limiter les ruptures des parcours, notamment pour les patients souffrant de pathologies chroniques sur le territoire.

L'agence régionale de santé (ARS) vérifiera la conformité de ce plan notamment avec les plans de gestion de crise sanitaire en exercice ambulatoire, et en cohérence avec la trame nationale.

- **Le deuxième volet** correspond quant à lui à la **mise en œuvre des actions prévues par le plan** en cas de survenue d'une crise grave, qualifiée par l'ARS de « situation sanitaire exceptionnelle ».

Dans ce cas, la CPTS mènera des actions visant à :

- la coordination des professionnels de santé de ville, structures d'exercice coordonné et des personnels médico-sociaux en vue d'améliorer la prise en charge ambulatoire des personnes exposées ;
- la coordination entre le secteur ambulatoire et les établissements de santé ;
- la diffusion d'informations aux professionnels de santé du territoire ;
- la diffusion d'informations à la population.

Les modalités d'action seront adaptées aux réalités du territoire de la CPTS.

## 1.2. Démarrage et déploiement de la mission

Une fois la trame nationale mise à disposition, les CPTS ont 6 mois à compter de la signature de l'avenant à leur contrat en cours, ou de la signature de leur contrat pour les CPTS nouvellement signataires de l'ACI après l'entrée en vigueur de l'avenant n° 2 à l'ACI CPTS, pour démarrer la mission et donc la rédaction du plan au regard de la trame nationale et des spécificités territoriales.

Afin de permettre le « déploiement » de cette mission, dès sa finalisation, le plan fera l'objet d'une communication et sera mis à disposition auprès de tous les acteurs de la CPTS et les partenaires institutionnels, dont l'agence régionale de santé, la caisse primaire d'assurance maladie et la caisse de la mutualité sociale agricole (MSA de rattachement de la CPTS). Les CPTS disposent d'un délai de 18 mois pour déployer le premier volet de la mission après la signature de l'avenant à leur contrat en cours ou de leur nouveau contrat.

### 1.3. Financement

La mission crise sanitaire correspond à une mission socle de l'ACI CPTS.

Pour rappel, les montants alloués pour chaque mission sont variables en fonction de la taille de la communauté.

Le montant alloué pour la mission crise sanitaire est divisé en deux parts : un financement fixe, couvrant la rédaction du plan à mettre en œuvre par la communauté professionnelle pour réaliser la mission, et un montant complémentaire défini par le déclenchement de la crise et la mise en œuvre du plan.

Le premier volet (part fixe) est l'étape préalable à l'atteinte du deuxième volet (part variable) en cas de survenue d'une crise sanitaire. Hors dérogation (cf. ci-dessous), le deuxième volet ne peut pas être financé sans la rédaction du plan.

		Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
Volet fixe	Année 1- première rédaction	25 000	35 000	45 000	50 000
	Année 2 & suivantes – mise à jour du plan	12 500	17 500	22 500	25 000
Volet variable	Dès survenue d'une crise sanitaire grave – pour les CPTS ayant rédigé un plan	37 500	52 000	67 500	75 000

#### → Le financement fixe

Il permet de participer aux coûts supportés par la communauté professionnelle dans la rédaction du plan. Dès la date de démarrage de la mission, une avance d'un montant de 75 % de l'enveloppe allouée aux moyens déployés pour la mission, dite « enveloppe fixe » est versée. En fonction de la date de démarrage de la mission, le montant dû au titre de ce premier versement est proratisé en fonction de la durée comprise entre la date de démarrage de la mission et la date anniversaire du contrat. Le solde est versé à date anniversaire du contrat conformément aux dispositions de l'article 6.2 du contrat.

#### → Le financement variable

Le financement variable est déclenché dès la survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle caractérisée par l'ARS. Aussi, aucun objectif de résultats n'est opposable pour cette mission.

Dans le cadre de la dérogation mise en œuvre pour les actions réalisées dans le cadre de la crise COVID en 2021 (cf. ci-après), les CPTS ayant d'ores et déjà bénéficié d'un financement pour ces actions dans les autres missions (prévention parcours, accès aux soins, etc.) par avenant à leur contrat (exemple : valorisation de la vaccination COVID dans le cadre de la mission prévention) ne pourront plus être éligibles au financement complémentaire dérogatoire.

Toutefois des financements complémentaires par d'autres institutions sont possibles, conformément à l'article 9.2 de l'avenant n° 2 à l'ACI CPTS.

### **Dérogation exceptionnelle pour les CPTS adhérentes à l'ACI CPTS au plus tard le 31/12/21 :**

Le volet variable « survenue de la crise sanitaire » concernera à titre dérogatoire et exceptionnel toutes les CPTS adhérentes à l'ACI avant le 31 décembre 2021, dès lors que des actions de gestion de crise sanitaire auront été mises en œuvre en lien avec la COVID-19 et ce au titre de 2021.

Cette dérogation ne valorise que les actions mises en œuvre au cours de l'année 2021 et non valorisées par voie d'avenant au contrat.

Ce financement sera formalisé dans l'avenant au contrat intégrant les mesures de l'avenant n° 2 de l'ACI CPTS.

Ce dispositif entrera en vigueur 6 mois après la fin du délai d'approbation du texte par les ministères (avis réputé rendu - article L. 162-15 du code de la sécurité sociale), soit le 3 septembre 2022 (article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale).

## **2. Mission « soins non programmés » révisée**

### **2.1. Présentation de la mesure de l'avenant n° 2 à l'ACI CPTS**

La mission liée à l'accès aux soins est une mission socle avec deux actions distinctes :

- La première action consiste en « la facilitation de l'accès à un médecin traitant » ; elle reste identique à ce qui était prévu dans l'accord initial et n'a pas fait l'objet de modification sur le contenu. Seule une précision a été apportée dans l'article 4.2.2 du contrat ACI. Il est préconisé de tenir compte des évolutions de démographie médicale sur le territoire dans la co-construction des objectifs et de l'atteinte des résultats attendus pour cette action, notamment en cas de diminution du nombre de médecins.
- La deuxième action, concernant l'amélioration de la prise en charge des soins non programmés, fait l'objet de transformations dans sa déclinaison.

L'avenant n° 2 à l'ACI CPTS explicite l'articulation de la CPTS avec le Service d'accès aux soins (SAS) dans la prise en charge des soins non programmés médicaux.

En effet, le SAS, issu du Pacte pour la refondation des urgences et réaffirmé lors du Ségur de la santé, met en place, en dehors des horaires de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), une régulation commune des appels pour prendre en charge les urgences ressenties et les demandes de soins non programmés, associant la régulation médicale du Service d'aide médicale d'urgence (SAMU) et une régulation médicale libérale des soins non programmés. Dans le cadre de la mission socle sur l'amélioration de la prise en charge des soins non programmés médicaux en ville, la communauté professionnelle participe au SAS en tant qu'acteur, aux côtés des autres acteurs du territoire.

L'ACI CPTS ne prévoit plus la valorisation de la mise en place d'un dispositif d'orientation de la population de son territoire vers un médecin pour une consultation non programmée. La vocation de la CPTS de traiter et orienter les demandes de soins non programmés médicaux se réalise dorénavant dans sa participation au SAS, dès lors qu'il en existe un sur le territoire.

Il appartient à la CPTS de se coordonner avec le SAS pour définir les modalités de leur collaboration afin d'organiser la réponse aux demandes de soins en provenance du SAS (personnes contacts, modalités des réponses à apporter, liste de professionnels, structures organisées...).

La CPTS doit proposer une organisation territoriale permettant d'apporter une réponse aux orientations du SAS pour la prise en charge d'un patient du territoire en consultation non programmée dans les 48 heures. Cette mission implique à la fois les médecins de premier recours et de second recours.

L'avenant n° 2 à ACI CPTS valorise la participation de la CPTS à cette organisation. Les médecins adhérents de la CPTS, restent quant à eux individuellement éligibles aux rémunérations forfaitaires prévues par l'avenant n° 9 à la convention médicale. Ils s'inscrivent individuellement sur la plateforme digitale SAS comme participant au SAS et précisent s'ils le souhaitent lorsqu'ils le font via leur CPTS.

La valorisation de la mission est recentrée sur l'organisation que la CPTS mettra en place pour mobiliser les médecins et faciliter la prise en charge des sollicitations du SAS dès que ce dispositif est opérationnel sur son territoire. Il appartient à l'ARS de qualifier l'opérationnalité du dispositif SAS (effective ou imminente) en fonction de l'état d'avancement du projet et du niveau d'investissement de chacun des acteurs.

Pour les soins non programmés ne relevant pas des médecins (soins dentaires, kinésithérapie, orthophonie, sage-femme, etc.), la CPTS peut mettre en place une organisation dédiée en organisant le traitement et l'orientation des demandes en complément du SAS.

## 2.2. Démarrage et déploiement de la mission

Deux situations différentes sont à dissocier :

- territoire disposant d'un SAS : les dispositions de l'avenant n° 2 s'appliquent ;
- en cas d'absence de SAS sur le territoire : les dispositions telles que formulées dans l'accord de 2019 demeurent valables pour les CPTS concernées tant qu'aucun SAS n'est en fonctionnement sur le territoire de la CPTS.

### ❖ Le territoire couvert par la CPTS dispose d'un SAS :

Les CPTS disposent d'un délai de 6 mois à compter de la signature de l'avenant à leur contrat en cours, ou de la signature de leur contrat, pour démarrer la mission.

Démarrage de la mission :

- Proposition par la communauté professionnelle d'une organisation territoriale permettant d'apporter une réponse aux orientations du SAS pour la prise en charge d'un patient du territoire en consultation non programmée dans les 48 heures. Cette mission implique à la fois les médecins de premier recours et de second recours ;
- Identification par la communauté professionnelle des organisations déjà existantes et des carences éventuelles pour répondre aux besoins identifiés lors du diagnostic territorial ;
- Définition avec la régulation de médecine générale du SAS des modalités de leur collaboration pour organiser la réponse aux orientations du SAS (personnes contacts, modalités des réponses à apporter, liste de professionnels, structures organisées, ...) ;
- La CPTS peut organiser une réponse pour la prise en charge des soins non programmés hors médecins.

Déploiement de la mission :

Les CPTS disposent d'un délai maximum de 18 mois à compter de la signature de l'avenant à leur contrat en cours, ou de la signature de leur contrat, pour déployer la mission.

La CPTS apporte une réponse opérationnelle aux orientations du SAS pour la prise en charge d'un patient du territoire en consultation non programmée dans les 48 heures.

❖ **Le territoire couvert par la CPTS ne dispose pas d'un SAS :**

Les dispositions relatives à la mission « soins non programmés » telles que décrites à l'ACI CPTS antérieurement à l'avenant n° 2 continuent de s'appliquer.

Ainsi, la CPTS doit proposer une organisation visant à permettre la prise en charge, dans les 24h 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.

### 2.3. Le financement

La mission « accès aux soins » correspond à une mission socle de l'ACI CPTS. Pour rappel, les montants alloués pour chaque mission sont variables en fonction de la taille de la communauté.

Deux cas de figure sont à distinguer :

**a) La CPTS dispose d'un SAS sur son territoire**

Les deux actions qui composent cette mission, à savoir « l'accès à un médecin traitant » et les « soins non programmés » sont fondues dans la même enveloppe, déclinée en une partie fixe et une partie variable.

Ces enveloppes fixes et variables ont été rehaussées et intègrent les montants qui étaient alors attribués au volet lié à la « compensation des professionnels de santé » et au volet supplémentaire lié au « financement spécifique pour le traitement et l'orientation des demandes de soins non programmés ».

Montant annuel		Communauté de taille 1	Communauté de taille 2	Communauté de taille 3	Communauté de taille 4
Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle) :	1. Volet fixe (moyens)	55 000 €	70 000 €	90 000 €	110 000 €
	2. Volet variable (actions et résultats)	25 000 €	30 000 €	35 000 €	45 000 €
	<b>Total</b>	<b>80 000 €</b>	<b>100 000 €</b>	<b>125 000 €</b>	<b>155 000 €</b>

**b) La CPTS ne dispose pas de SAS sur son territoire**

Les montants liés à cette mission tels que définis à l'ACI CPTS antérieurement à l'avenant n° 2 s'appliquent.



Montant annuel		Communauté de taille 1	Communauté de taille 2	Communauté de taille 3	Communauté de taille 4
Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle) :	Volet fixe (moyens)	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet variable (actions et résultats)	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet lié à l'organisation des soins non programmés - Compensation des professionnels de santé	10 000 €	12 000 €	15 000 €	20 000 €
	<i>Volet supplémentaire lié à l'organisation des soins non programmés Financement spécifique pour le traitement et l'orientation des demandes de soins non programmés</i>	35 000 €	45 000 €	55 000 €	70 000 €
	<b>Total (hors volet supplémentaire)</b>	<b>40 000 €</b>	<b>47 000 €</b>	<b>65 000 €</b>	<b>80 000 €</b>

**Pour ces deux cas de figure, le financement se décline en un financement fixe et un financement variable.**

➔ Le financement fixe :

Une avance d'un montant de 75 % de l'enveloppe allouée aux moyens déployés pour la mission, dite « enveloppe fixe », est versée dès la date de démarrage de la mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins.

➔ Le financement variable :

Chaque communauté professionnelle définit des indicateurs variables permettant de mesurer l'atteinte de l'objectif de la mission « amélioration de l'accès aux soins ».

Le financement variable prend en compte l'intensité des moyens mis en œuvre ainsi que les résultats d'impact.

Présence d'un SAS sur le territoire : pour les CPTS signataires avant l'entrée en vigueur de l'avenant n° 2 et dont le solde doit être versé après cette même date, celui-ci sera calculé sur la base du montant de l'avenant n° 2.

À compter du 3 septembre 2022 (date d'entrée en vigueur de l'avenant n° 2), il convient de distinguer :

- 1- Les CPTS d'ores et déjà signataires de l'ACI CPTS :
  - Sur des territoires avec SAS : les CPTS devront procéder à la signature d'un avenant au contrat pour intégrer les nouvelles dispositions de l'avenant n° 2 dans leur intégralité.
  - Sur des territoires sans SAS : les CPTS devront procéder à la signature d'un avenant au contrat pour intégrer l'avenant n° 2 à l'exception de la mission accès aux soins qui devra faire l'objet ultérieurement d'un avenant complémentaire pour acter le passage au nouveau dispositif dès lors qu'un SAS sera présent sur le territoire. Dans l'attente, pour la mission accès aux soins, les dispositions et les rémunérations existantes sont maintenues. Il convient néanmoins de sensibiliser les CPTS à réfléchir à la mise en place d'une organisation dans l'attente de l'arrivée du SAS.
- 2- Les CPTS qui se conventionnent après l'entrée en vigueur de l'avenant n° 2 :
  - Sur des territoires avec SAS : le contrat prend en compte les dispositions de l'avenant n° 2 dans leur intégralité.
  - Sur des territoires sans SAS : le contrat ne prend pas en compte les dispositions de l'avenant n° 2 à l'exception de la mission accès aux soins. Les anciennes dispositions sont maintenues, avec une mention des modifications à venir dès l'arrivée du SAS. De même, il convient de sensibiliser les CPTS à réfléchir à la mise en place d'une organisation dans l'attente de l'arrivée du SAS.

### **3. Les dispositifs pour accélérer l'adhésion**

Dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 », la priorité a été donnée au développement des différentes formes d'exercice coordonné. Afin de poursuivre l'objectif de couverture de l'ensemble de la population par une CPTS, les partenaires conventionnels ont mené une réflexion sur trois différents dispositifs permettant d'encourager la création de communautés et l'adhésion à l'ACI CPTS.

#### **Le dispositif « accélérateur » : des ateliers méthodologiques pour les porteurs de CPTS**

L'accélérateur est un dispositif créé par la Caisse nationale de l'assurance maladie. L'équipe intervient à la demande, en subsidiarité de l'accompagnement que le référent des organisations coordonnées de l'Assurance maladie fournit déjà aux porteurs de projet, et en complémentarité des autres accompagnements proposés sur le territoire (ARS, MSA, unions régionales des professionnels de santé [URPS], fédérations...). Elle met en place des ateliers méthodologiques favorisant l'intelligence collective et la co-construction, avec pour objectif d'**aider les porteurs à construire et structurer eux-mêmes leur projet, et booster leur parcours vers le conventionnement**. Ses méthodes (*design thinking*, facilitation...) sont en perpétuelle évolution pour être au plus proche des besoins de chaque projet.

L'équipe peut intervenir à n'importe quelle étape de la création d'une CPTS, en concevant et facilitant des ateliers sur un large éventail de sujet :

- Aider les porteurs à **concevoir et formaliser les actions de leur CPTS** ;
- Aider les porteurs à **mobiliser et fédérer les professionnels de santé** de leur territoire autour de leur projet ;
- Aider les porteurs à **construire leur gouvernance** ;
- Aider les porteurs à **concevoir un parcours patient** ;
- Aider les porteurs à s'approprier la méthodologie de **remplissage d'une fiche action** ;
- Aider les porteurs à **co-construire leurs indicateurs** avec leurs partenaires locaux ;
- Etc.

Dans tous les ateliers, l'apport de l'équipe de l'accélérateur est avant tout méthodologique. Les porteurs de CPTS gardent naturellement toujours la main sur le contenu de leur projet. Pour solliciter l'équipe de l'accélérateur, il suffit de contacter vos interlocuteurs des organisations coordonnées de l'Assurance maladie (régime général ou régime agricole).

### 3.1. Le dispositif incitatif avec l'augmentation de l'enveloppe de fonctionnement pour les CPTS adhérant avant le 30 septembre 2022.

Le deuxième dispositif vise à valoriser financièrement les CPTS ayant adhéré à l'ACI avant le 30 septembre 2022.

→ Financement du dispositif

À titre exceptionnel, pour les communautés professionnelles adhérentes avant le 30 septembre 2022, le montant suivant - variable en fonction de la taille de la CPTS - est ajouté au montant du financement du fonctionnement :

Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
+ 37 500 €	+ 45 000 €	+ 56 250 €	+ 67 500 €

Ce dispositif entrera en vigueur 6 mois après la fin du délai d'approbation du texte par les ministères (article L. 162-15 du code de la sécurité sociale), soit le 3 septembre 2022 (article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale) et concerne les communautés adhérentes avant le 30 septembre 2022.

- Pour les CPTS signataires avant l'entrée en vigueur de l'avenant, pas d'avenant à faire signer et le versement aura lieu dès l'entrée en vigueur de l'avenant ;
- Pour les CPTS signataires après l'entrée en vigueur de l'avenant et avant le 30 septembre 2022 : le contrat devra mentionner ce bonus.

### 3.2. Le financement supplémentaire d'une mission socle démarrée en amont de la signature ACI

Le troisième dispositif vise à financer une mission socle opérationnelle en amont de la validation d'un projet de santé de CPTS et donc de la signature de l'ACI, via un contrat spécifique tel que prévu à l'annexe 6 de l'avenant n° 2 (cf. annexe 2).

Ce dispositif vise donc les projets émergents pour lesquels la lettre d'intention a été validée par l'ARS mais qui n'en sont pas encore à l'étape de validation du projet de santé.

L'Assurance maladie verse l'enveloppe de financement suivante selon la taille de la future CPTS, telle que définie dans la lettre d'intention :

Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €

Le montant est versé par mission démarrée en amont de la signature. Ainsi, la CPTS devra justifier de la mise en œuvre d'actions concrètes (opérationnelles) couvrant l'intégralité de la mission pour prétendre au financement. Par exemple, pour bénéficier du dispositif pour la mission « accès aux soins », la CPTS aura démarré des actions concernant l'accès à un médecin traitant ET concernant les soins non programmés. La seule réalisation d'un état des lieux par la CPTS pour le parcours prévention ne peut être considérée comme une mission opérationnelle.

Il est à noter par ailleurs que la mission « crise sanitaire », nécessitant au préalable la rédaction d'un plan selon le cahier des charges défini, est exclue du dispositif.

Le contrat n'a pas vocation à financer l'ensemble des missions de l'ACI qui seraient démarrées en amont. Dans ce cas de figure, le contrat ACI doit être signé directement.

Le nombre de missions opérationnelles en amont est à apprécier au moment de la signature du contrat de la mission tel que défini à l'annexe 6 de l'ACI CPTS. Le contrat n'est pas renouvelable.

À partir de la signature de ce contrat, les CPTS en projet disposent de neuf mois pour adhérer à l'ACI.

Afin d'accompagner au mieux ces CPTS, un atelier accélérateur spécifique pour évaluer la maturité du projet pour répondre à l'engagement de conventionnement dans les 9 mois, leur sera proposé systématiquement.

À l'issue de ce délai de neuf mois, à défaut d'adhésion à l'ACI CPTS, le contrat pourra faire l'objet d'une résiliation et la CPTS devra procéder au remboursement de la somme versée dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation.

Ces dispositifs entreront en vigueur 6 mois après la fin du délai d'approbation du texte par les ministères (article L. 162-15 du code de la sécurité sociale), soit le 3 septembre 2022 (article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale).  
Seules les CPTS ayant leur lettre d'intention validée et non encore adhérentes à l'ACI CPTS sont éligibles.  
Il ne peut y avoir de financement que pour un projet de CPTS engagé sur le même territoire.

#### **4. ESP/ ESS/ ESCAP**

Les partenaires conventionnels ont souhaité poursuivre les réflexions engagées concernant les équipes de soins coordonnées et pluri-professionnelles que sont les ESP (équipes de soins primaires), les ESS (équipes de soins spécialisés) et enfin les ESCAP (équipes de soins coordonnées autour du patient).

Conformément à l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique, l'ESP est un ensemble de professionnels de santé qui décident de se mobiliser autour d'objectifs et d'actions partagés bénéficiant à la prise en charge de leur patientèle comme à l'évolution de leur pratique. À ce titre l'ESP, composée a minima d'un médecin généraliste et d'un paramédical, formalise ses actions de coordination dans un projet de santé devant être validé par l'ARS. Les actions de coordinations peuvent couvrir une ou plusieurs missions, à choisir parmi une liste définie, telle que le maintien à domicile des personnes à risque en perte d'autonomie, le diabète, l'obésité, les maladies chroniques, les affections de longue durée (ALD), la prévention des hospitalisations/ ré-hospitalisations et la prise en charge des patients plus précocement en sortie d'hospitalisation, la poly-médication et l'iatrogénie (personnes sous antivitamine K [AVK], insuline, anticancéreux, ...).

L'ESS est quant à elle composée de professionnels de santé se regroupant autour d'une ou plusieurs spécialités médicales (hors médecine générale) et pouvant être pluri-professionnelle. La finalité des ESS est notamment de faciliter l'accès aux soins spécialisés sur un territoire donné et l'articulation entre le premier et second (voir troisième) recours.

Au regard des missions portées par les ESP et ESS, les complémentarités et articulations entre ces équipes avec les autres acteurs de santé du territoire (maisons de santé pluridisciplinaires [MSP], centres de santé, établissements de santé, services médico-sociaux...) comme avec les dispositifs existants (en particulier CPTS et éventuellement dispositif d'appui à la coordination [DAC]) sont à rechercher systématiquement.

L'avenant n° 2 à l'ACI CPTS prévoit la création d'un groupe de travail issu de la commission paritaire nationale, avec pour objectif de mettre en place des expérimentations pour tester différents modèles pour ces équipes, en vue d'une généralisation nationale.

Les éléments qui seront définis ou précisés par le groupe de travail concernent :

- Le périmètre géographique de l'expérimentation ;
- La forme des équipes (composition) ;
- Les thématiques/missions/actions ;
- La formalisation ;
- Le ou les modèles de financement.

Les diverses échéances en lien avec l'expérimentation seront fixées et validées en groupe technique.

L'« ESCAP » serait une autre forme de coordination entre professionnels de santé dont les contours devront être définis dans le cadre de travaux qui se poursuivront au sein de l'accord cadre interprofessionnel (ACIP) signé le 10 octobre 2018.

## **5. CPTS de taille 4**

### **5.1. Présentation de la mesure**

Les CPTS de taille 4 comprenant au moins cent membres (professionnels de santé ou structures ayant expressément adhéré à la communauté) bénéficient d'une majoration de 10 % sur l'ensemble des rémunérations des missions sociales ou optionnelles (hors financement additionnel du fonctionnement).

Ce dispositif ne concerne donc pas les CPTS de tailles 1, 2 et 3 et ce, quel que soit leur nombre de membres.

Les « membres » sont définis comme les professionnels ou les structures regroupant des professionnels de santé et ayant expressément adhéré à la communauté.

À titre d'exemple, les professionnels de santé d'une MSP sont comptés individuellement comme membre. Si la MSP est adhérente à la CPTS, l'ensemble des professionnels de la MSP sera comptabilisé individuellement.

Pour les autres structures, leur adhésion à la CPTS sera comptabilisée à hauteur de « un » membre.

En justificatif, l'association CPTS transmettra tous les ans, la liste exhaustive de ses adhérents en mentionnant s'il s'agit d'une personne physique ou morale.

Ce dispositif entrera en vigueur 6 mois après la fin du délai d'approbation du texte par les ministères (article L. 162-15 du code de la sécurité sociale), soit le 3 septembre 2022 (article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale).

Pour les CPTS éligibles déjà signataires de l'ACI, les dispositions relatives à cette mesure seront intégrées dans l'avenant à leur contrat. Les 10 % supplémentaires s'appliquent sur l'ensemble des rémunérations éligibles à partir de la signature de l'avenant et versées à date anniversaire (solde de l'année en cours, avance de l'année à venir ...).

## 6. **DIVERS**

### 6.1. **Statut associatif**

Depuis l'ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé, l'ensemble des CPTS doivent se constituer sous statut associatif pour bénéficier des financements dans le cadre de l'ACI. Les CPTS qui ne respectent pas à ce jour cette condition, disposaient d'un délai d'un an pour effectuer ce changement (fin du délai 13 mai 2022 conformément aux dispositions de l'ordonnance de mai 2021 relative au statut des structures d'exercice coordonné).

### 6.2. **Composition des commissions paritaires**

L'avenant n° 2 ayant été signé par de nouveaux syndicats représentatifs, ces derniers bénéficient, dès publication de l'avenant au Journal officiel, d'un siège en commission paritaire nationale (CPN), commission paritaire régionale (CPR), commission paritaire locale (CPL).

Pour le ministre et par délégation :  
La directrice générale de l'offre de soins,



Marie DAUDÉ

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



Thomas FATÔME

## Annexe 1

**CONTRAT TYPE RELATIF AUX COMMUNAUTÉS  
PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ**

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

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

Vu l'arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019, et ses avenants ;

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 24 août 2019 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'agence régionale de santé. La validation de ce projet de santé peut intervenir antérieurement ou postérieurement à l'entrée en vigueur de l'accord conventionnel interprofessionnel des communautés professionnelles territoriales de santé.

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

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

Sont annexés au présent contrat :

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

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



## Article 2. Les missions déployées par la communauté professionnelle

Les parties signataires du présent contrat s'accordent sur un certain nombre de missions prioritaires dont il 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)
Obligatoire (socle)	Favoriser l'accès aux soins au travers notamment des deux actions : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faciliter l'accès à un médecin traitant ;</li> <li>• Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville.</li> </ul>	La mission « Favoriser l'accès aux soins » pourrait se traduire par les missions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place, en lien avec les acteurs du territoire concernés et notamment avec l'Assurance maladie, d'une procédure de recensement des patients à la recherche d'un médecin traitant, d'analyse de leur niveau de priorité au regard de leur situation de santé ;</li> <li>- Mise en œuvre d'une organisation proposant aux patients un médecin traitant parmi les médecins de la communauté professionnelle ;</li> <li>- 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 Complémentaire santé solidaire ou l'aide médicale de l'État (AME), pour lesquels l'absence de médecin traitant constitue une difficulté majeure en termes de suivi médical.</li> </ul>

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"> <li>• Faciliter l'accès à un médecin traitant ;</li> <li>• Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville.</li> </ul>	<p>Proposition par la communauté professionnelle d'une organisation territoriale permettant d'apporter une réponse aux demandes du régulateur SAS pour la prise en charge le jour-même ou dans les 48 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification par la communauté professionnelle des organisations déjà existantes et les carences éventuelles pour répondre aux besoins identifiés lors du diagnostic territorial ;</li> <li>- Définition avec la régulation de médecine du SAS des modalités de leur collaboration pour organiser la réponse aux demandes de soins en provenance du SAS (personnes contacts, modalités de réponse à apporter, liste des professionnels, structures organisées, ...).</li> </ul>
Obligatoire (socle)	Mission en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul>

Catégorie	Libellé	Contenu mission (à détailler en fonction de chaque contrat)
Obligatoire (socle)	Mission en faveur du développement des actions territoriales de prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> </ul> <p>Les thèmes retenus seront donc variables d'une communauté professionnelle à l'autre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La liste de thèmes ci-après est non exhaustive : promotion auprès des patients de la vaccination et des recommandations sanitaires délivrées par les autorités sanitaires en cas de risque particulier (exemples : participation à la diffusion de recommandations existantes en cas de vague de chaleur, pollution atmosphérique...), prévention des addictions, des risques iatrogènes, de la perte d'autonomie, de la désinsertion professionnelle ou de l'obésité, des violences intra-familiales, mise en place d'une organisation permettant le recueil des événements indésirables associés aux soins et le signalement aux autorités, participation à un réseau de surveillance ou de vigilance labellisé par l'agence régionale de santé comme le réseau Sentinelles, dépistages, etc.</li> </ul>

Obligatoire (socle)	Mission dédiée à la réponse aux crises sanitaires graves	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en œuvre d'un plan d'action qui devra être rédigé par la communauté pour la première année de mise en œuvre de la mission.</li> <li>- Mise à jour annuelle de ce plan les années suivant la première année de mise en œuvre.</li> </ul> <p>Ce plan, établi au niveau national, doit définir les modalités de réponses aux crises sanitaires exceptionnelles selon une trame qui sera rédigée par un groupe de travail national constitué des administrations ayant compétence ainsi que des syndicats représentatifs.</p> <p>Cette trame doit aborder les modalités de réponse aux 5 typologies de crise sanitaire suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prise en charge de blessés somatiques ou psychiques (attentats, incendie, explosions, émeutes...).</li> <li>- prise en charge de malades (notamment personnes âgées) : épidémie saisonnière, canicule, grand froid, pollution.</li> <li>- prise en charge de patients atteints par un agent infectieux émergent (coronavirus, fièvres hémorragiques virales...).</li> <li>- prise en charge de patients atteints par un agent NRC (accidents ou attentats nucléaires, radiologiques ou chimiques).</li> <li>- altération de l'offre de soins (pénurie de médicaments, difficultés de circulation liées à la neige, les inondations ou un cyclone).</li> </ul> <p>Afin de limiter les ruptures de parcours de soins pour les habitants du territoire, le plan s'attachera également à préciser les modalités de prise en charge des habitants souffrant de pathologies chroniques sur le territoire.</p> <p>Chaque communauté professionnelle doit décliner la trame en adéquation avec les besoins et ressources dont dispose le territoire et ce, en collaboration avec les établissements et les collectivités du territoire pour son élaboration.</p> <p>La communauté professionnelle participe ainsi aux actions mis en œuvre sur son territoire dans la limite de ses moyens humains et techniques. Son intervention porte sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les modalités d'action adaptées aux réalités du territoire de la CPTS ;</li> <li>- la coordination des professionnels de santé de ville et des personnels médico-sociaux ;</li> <li>- en vue d'améliorer la prise en charge ambulatoire des personnes exposées ;</li> <li>- la coordination entre le secteur ambulatoire et les établissements de santé ;</li> <li>- la diffusion d'informations aux professionnels de santé du territoire ;</li> <li>- la diffusion d'informations à la population.</li> </ul>
---------------------	--	---

Catégorie	Libellé	Contenu mission (à détailler en fonction de chaque contrat)
Obligatoire (socle)	Mission dédiée à la réponse aux crises sanitaires graves	Ce plan ainsi rédigé par la communauté professionnelle doit faire l'objet de discussions avec l'ARS afin de s'assurer de la bonne articulation avec les autres plans d'urgence rédigés par l'ensemble des acteurs en santé du territoire. Par ailleurs, il convient de le communiquer auprès des membres de la communauté professionnelle et des acteurs en santé du territoire.
Optionnelle (complémentaire)	Missions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement de démarches qualité dans une dimension potentiellement pluri-professionnelle pour améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients : démarches au sein de groupe d'analyses des pratiques pluri-professionnelles 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.</li> <li>- 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, hypertension artérielle (HTA), insuffisance cardiaque, prise en charge des affections respiratoires chez l'enfant et l'adulte, observance médicamenteuse, iatrogénie, etc.).</li> <li>- 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.</li> </ul>

Catégorie	Libellé	Contenu mission (à détailler en fonction de chaque contrat)
Optionnelle (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"> <li>- 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.) ;</li> <li>- mobiliser ses ressources pour faciliter l'accueil de stagiaires ;</li> <li>- 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 ;</li> <li>- 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.</li> </ul>

### 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 4 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.
- Sous réserve de la mise à disposition de la trame nationale du plan d'action dans le cadre de la mission dédiée à la réponse aux crises sanitaires graves, cette mission doit être démarrée au plus tard six mois après la signature du contrat par la communauté professionnelle soit avant le XX XX XXXX. 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 4 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
Socle	Mission dédiée à la réponse aux crises sanitaires graves	6 mois ( <i>sous réserve de la mise à disposition de la trame nationale</i> )	18 mois
Complémentaire (optionnel)	Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins	<i>À compléter en fonction du choix de chaque communauté professionnelle</i>	<i>À 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>À compléter en fonction du choix de chaque communauté professionnelle</i>	<i>À 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.

#### **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 allouée 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 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).

Afin d'inciter les communautés professionnelles à contractualiser rapidement avec l'Assurance maladie et l'ARS au travers du contrat défini à l'article 4 du présent accord, les partenaires conventionnels s'accordent à revaloriser à titre exceptionnel le financement de fonctionnement par un financement additionnel tel que décrit ci-avant. Sont éligibles à ce dispositif, toutes les CPTS qui auront signé l'accord conventionnel avant le 30 septembre 2022. Les communautés professionnelles adhérentes en 2019, 2020 et 2021 sont également éligibles.



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 (socle et optionnelle) est financée en tenant compte de l'intensité des moyens déployés pour l'atteinte des objectifs, mais aussi des résultats observés quant à l'impact des missions sur la base des indicateurs fixés dans le présent contrat.

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

Le montant total alloué pour chaque mission se répartit en deux parts : 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'impact des 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 nécessaires à l'exercice des différentes missions.

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

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

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

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

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

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

#### **Article 4.2.2. Le financement variable au regard des résultats observés**

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

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

Le contrat peut définir des objectifs différenciés pour chaque année du contrat, notamment lorsque la diminution du nombre de médecins du territoire, dans l'année considérée, a un impact significatif sur les résultats des indicateurs des actions visant à faciliter l'accès à un médecin traitant.

Concernant la mission dédiée à la réponse aux crises sanitaires graves, le financement variable est déclenché dès la survenue d'une crise grave caractérisée par l'ARS. Aussi, aucun objectif de résultats n'est défini pour cette mission.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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












Les indicateurs de suivi de la mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins sont définis 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) ;
- nombre de médecins participant au SAS ;
- nombre de demandes du SAS ayant abouti à un rendez-vous par la CPTS.



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

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

Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins	Définition de l'indicateur fixé au niveau ...	Indicateurs d'actions et de résultats	Objectifs fixés au niveau local <i>[pouvant être différenciés par année du contrat] et choix selon le contrat de fixer un objectif sur tout ou partie de ces indicateurs</i>
<p><b>Favoriser l'accès aux soins au travers notamment des deux actions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Faciliter l'accès à un médecin traitant ;</b></li> <li>• Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville.</li> </ul>	National	<p>La mission « Favoriser l'accès aux soins » pourrait se traduire par les indicateurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Progression de la patientèle avec MT/ patients dans la population couverte par la communauté professionnelle en fonction des besoins identifiés sur le territoire ;</li> <li>- 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.</li> </ul>	<p>██████████%</p> <p>██████████%</p>
<p><b>Faciliter l'accès à un médecin traitant</b></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>

<b>Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville</b>	National	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de passages aux urgences générales, pédiatriques et de gynécologie-obstétrique non suivis d'hospitalisation (indicateur décroissant)</li> <li>- Part des admissions directes en hospitalisation adressées par un professionnel de santé de ville (indicateur croissant)</li> <li>- Nombre de médecins participant au SAS</li> <li>- Nombre de demandes du SAS ayant abouti à un rendez-vous par la CPTS</li> </ul>	 %  %  %
<b>Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville</b>	Local	Indicateurs valorisant le niveau d'intensité des actions engagées <i>[définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis]</i> :   Etc ...	 
<b>Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville</b>	Local	Exemples d'indicateurs : nombre de soins non programmés non médicaux traités, délai de réponse <i>[définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis]</i> :   Etc ...	 

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

<b>Missions</b>	<b>Définition de l'indicateur fixé au niveau ...</b>	<b>Indicateurs d'actions et de résultats</b>	<b>Objectifs fixés au niveau local <i>[pouvant être différenciés par année du contrat]</i></b>
<b>Organisation des parcours / coordination</b>	Local	Exemple d'indicateurs pour un parcours : nombre de patients effectivement accompagnés ayant bénéficié d'un parcours par rapport	 

		<p>au potentiel de patients qui auraient pu en bénéficier<sup>1</sup></p> <p><i>[définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis] :</i></p> <p>██████████</p> <p>██████████</p> <p>Etc ...</p>	
<b>Organisation des parcours / coordination</b>	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>
<b>Prévention</b>	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>
<b>Prévention</b>	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>
<b>Qualité et Pertinence</b>	Local	<p>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.</p>	<p>██████████</p> <p>██████████</p>

<sup>1</sup> 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><i>[définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis] :</i></p> <p>██████████</p> <p>██████████</p> <p>Etc ...</p>	
<b>Qualité et Pertinence</b>	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>
<b>Accompagnement des professionnels de santé</b>	Local	<p><i>[définitions et modalités de calcul explicitées des indicateurs choisis] :</i></p> <p>██████████</p> <p>██████████</p> <p>Etc ...</p>	<p>██████████</p> <p>██████████</p>
<b>Accompagnement des professionnels de santé</b>	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>
<b>Mission dédiée à la réponse aux crises sanitaires graves</b>	Local	<p>Exemples d'indicateurs : nombre de professionnels de santé participant aux actions, nombre d'actions, 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>

**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	<b>50 000 €</b>	<b>60 000 €</b>	<b>75 000 €</b>	<b>90 000 €</b>

*À titre exceptionnel, pour les communautés professionnelles adhérentes avant le 30 septembre 2022, le montant suivant est ajouté au montant du financement du fonctionnement.*

Montant annuel	Communauté de taille 1	Communauté de taille 2	Communauté de taille 3	Communauté de taille 4
Financement additionnel du fonctionnement de la communauté professionnelle	<b>37 500 €</b>	<b>45 000 €</b>	<b>56 250 €</b>	<b>67 500 €</b>

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

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

**À compter du démarrage de chaque mission choisie par la communauté professionnelle (en fonction du calendrier de déploiement défini dans le 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	<b>Total</b>	<b>50 000 €</b>	<b>60 000 €</b>	<b>75 000 €</b>	<b>90 000 €</b>
Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle) :	Volet fixe / moyens	55 000 €	70 000 €	90 000 €	110 000 €
	Volet variable/actions et résultats	25 000 €	30 000 €	35 000 €	45 000 €
	<b>Total</b>	<b>80 000 €</b>	<b>100 000 €</b>	<b>125 000 €</b>	<b>155 000 €</b>



Missions en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient (socle)	Volet fixe / moyens	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Volet variable/actions et résultats	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	<b>Total</b>	<b>50 000 €</b>	<b>70 000 €</b>	<b>90 000 €</b>	<b>100 000 €</b>
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 €
	<b>Total</b>	<b>20 000 €</b>	<b>30 000 €</b>	<b>35 000 €</b>	<b>40 000 €</b>
Mission dédiée à la réponse aux crises sanitaires graves	Volet fixe/moyens 1 <sup>ère</sup> rédaction du plan	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Volet fixe/moyens Mise à jour du plan	12 500 €	17 500 €	22 500 €	25 000 €
	Volet variable/survenue d'une crise sanitaire grave	37 500 €	52 500 €	67 500 €	75 000 €
	<b>Total**</b>	<b>62 500€</b>	<b>87 500€</b>	<b>112 500€</b>	<b>125 000€</b>
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 €
	<b>Total</b>	<b>15 000 €</b>	<b>20 000 €</b>	<b>30 000 €</b>	<b>40 000 €</b>
Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (optionnel)	Volet fixe / moyens	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Volet variable/actions et résultats	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	<b>Total</b>	<b>10 000 €</b>	<b>15 000 €</b>	<b>20 000 €</b>	<b>30 000 €</b>
<b>Financement total possible**</b>	<b>Volets fixe et variable</b>	<b>287 500 €</b>	<b>382 500 €</b>	<b>487 500 €</b>	<b>580 000 €</b>

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

\*\*les montants totaux tiennent compte du volet fixe (1<sup>ère</sup> rédaction du plan) pour la mission dédiée à la réponse aux crises sanitaires graves et à la survenue de la crise sanitaire.

Les communautés professionnelles de taille 4 comprenant au moins cent membres (professionnels de santé ou structure ayant expressément adhéré à la communauté) bénéficient d'une majoration de 10 % sur l'ensemble des missions socles ou optionnelles mentionnés ci-dessus hors financement additionnel du fonctionnement.

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

**[à insérer si la communauté professionnelle est éligible]** : Par dérogation, la communauté professionnelle adhérente avant le 31 décembre 2021 à l'accord et ayant mis en œuvre des actions de gestion de crise sanitaire en lien avec la Covid-19 bénéficie du versement de l'enveloppe dédiée à la survenue de la crise sanitaire (volet variable de la mission dédiée à la réponse aux crises sanitaires graves). Cette enveloppe est versée pour l'année 2021 dans le cas où des actions ont été mises en œuvre sur cette période.] »

## **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).

**[à insérer si la communauté professionnelle est éligible la communauté professionnelle adhérente à l'accord avant le 30 septembre 2022]**. Le montant attribué à titre exceptionnel et tel que défini à l'article 5, est versé dans sa totalité dès la signature du contrat].

### **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.

À titre dérogatoire, le volet variable de la mission dédiée à la réponse aux crises sanitaires graves (survenue de la crise sanitaire), est versé dans le mois suivant l'identification de la crise par l'ARS, en totalité pour l'année considérée. Ce montant est versé pour l'année quel que soit le nombre de crises identifié par l'ARS.

### **Article 7. La durée du contrat et la conclusion d'avenants**

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

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

### **Article 8. Les modalités de résiliation du contrat**

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

La communauté professionnelle territoriale de santé signataire du présent contrat a la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'Assurance maladie et à l'agence régionale de santé signataires dudit contrat.

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

#### **Article 8.2. La résiliation par la Caisse d'Assurance maladie et l'agence régionale de santé**

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

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

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

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

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

#### **Article 8.3. Les conséquences de la résiliation**

En cas de résiliation du contrat, quelle qu'en soit l'origine, le calcul de la rémunération due au titre de l'année du contrat au cours de laquelle cette résiliation est intervenue, est effectué au prorata 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: XXXXX)

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

## Annexe 2

### **Modèle de contrat type - Accompagnement dans la mise en œuvre de mission précoce - Modalités d'éligibilité et de financement**

Les partenaires conventionnels souhaitent encourager les futures communautés ayant mis en œuvre des actions dans le cadre des missions socles définies par le présent accord. Il est donc proposé de valoriser leur implication, en amont de leur contractualisation au contrat relatif aux communautés professionnelles territoriales de santé tel que défini en annexe 1 du présent accord, selon les modalités suivantes.

#### **Article 1. Champ du contrat**

##### **Article 1.1. Objet du contrat**

Ce contrat vise à favoriser la mise en œuvre d'une ou des missions socles initiées par une future communauté professionnelle telles que définies à l'article 5.1. de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé, par la mise en place d'une aide forfaitaire versée à compter de la finalisation et du dépôt auprès de l'ARS de la lettre d'intention.

##### **Article 1.2. Bénéficiaires du contrat**

Le présent contrat est réservé aux porteurs de projets de communautés professionnelles constituées sous forme associative et pour lesquels une lettre d'intention a été validée par l'ARS et n'ayant pas encore adhéré au contrat relatif aux communautés professionnelles territoriales de santé.

La lettre d'intention devra préciser le territoire d'intervention de la future communauté.

Le/les porteurs de projets ne peu(ven)t bénéficier qu'une seule fois du contrat pour la même communauté professionnelle définie sur un territoire.

Il ne peut y avoir de financement que pour un projet de communauté engagé sur le même territoire.

#### **Article 2. Engagements**

##### **Article 2.1. Engagements du/des porteurs de projets**

Le/les porteurs de projets s'engage(nt) à déployer des actions répondant à la mission/aux missions socle(s) telle(s) que définie(s) à l'article 5.1. de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé.

Le/les porteurs de projets s'engage(nt) également, dans un délai de 9 mois maximum, à déposer le projet de santé auprès de l'ARS et adhérer au contrat relatif aux communautés professionnelles territoriales de santé.

##### **Article 2.2. Engagements de l'Assurance maladie**

En contrepartie des engagements du/des porteurs de projets définis à l'article 2.1., l'Assurance maladie s'engage à verser une aide forfaitaire.

Il s'agit de valoriser la ou les missions socles déjà initiées ou en cours de démarrage dans l'attente de la validation du projet de santé et de la contractualisation au présent accord.

Le montant de l'aide est modulé selon la taille de la future communauté et s'élève à :

Taille 1 (<40K habitants)	Taille 2 (entre 40K et 80K habitants)	Taille 3 (entre 80K et 175K habitants)	Taille 4 (>175K habitants)
15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €

Le montant de l'aide est versé dès la signature du contrat.

Chaque mission socle démarrée par les porteurs de projet peut faire l'objet d'un versement intégral de l'enveloppe. Ce financement est versé par mission, indépendamment du nombre d'actions à entreprendre.

Ce versement est non renouvelable.

Dans le cas où le projet de santé ne serait pas réputé validé par l'ARS dans le délai de 9 mois, le/les porteurs de projet ne pourront pas bénéficier d'un autre versement.

Par ailleurs, l'Assurance maladie, en lien avec l'ARS, s'engage à accompagner le/les porteur(s) de projet dès la lettre d'intention afin qu'ils puissent finaliser leur projet de santé et adhérer à l'accord conventionnel interprofessionnel.

### **Article 3. Modalités et durée d'adhésion au contrat**

Le/les porteur(s) de projet d'une future communauté professionnelle prend/prennent contact auprès de la caisse de rattachement pour formaliser l'adhésion par le biais d'un formulaire (modèle en annexe 7 du présent accord).

Dès la validation de la lettre d'intention, le/les porteur(s) de projet peuvent adhérer au présent contrat. L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement de l'acte d'adhésion par la caisse et jusqu'au terme du contrat, soit pour une durée de 9 mois maximum, non renouvelable, dès lors que les conditions requises fixées à l'article 1.2. sont remplies.

### **Article 4. Modalités de résiliation du contrat**

#### **Article 4.1 La résiliation à l'initiative de la communauté professionnelle territoriale de santé**

Le/les porteur(s) de projet d'une future communauté professionnelle signataire du présent contrat a/ont la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'Assurance maladie signataire dudit contrat. Cette résiliation est effective un mois après réception de la lettre de résiliation.

#### **Article 4.2. La résiliation par la Caisse d'Assurance maladie**

Le contrat peut également faire l'objet d'une résiliation à l'initiative de l'organisme local d'Assurance maladie dans les cas suivants :

- si le/les porteur(s) de projet d'une future communauté professionnelle ne respecte pas de manière manifeste les termes du contrat et que l'organisme local d'Assurance maladie constate le non déploiement des actions répondant à la mission/aux missions socle(s) financée(s) ;
- si le/les porteurs de projets ne respecte pas l'engagement de déposer, dans un délai de 9 mois maximum, le projet de santé auprès de l'ARS et d'adhérer au contrat relatif aux communautés professionnelles territoriales de santé.

Cette résiliation est effective un mois après réception de la lettre de résiliation notifiée par l'organisme local d'Assurance Maladie.

Dans ce délai, le/les porteur(s) de projet d'une future communauté professionnelle a la possibilité de saisir le directeur de l'organisme local d'Assurance maladie.  
Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

### **Article 4.3. Les conséquences de la résiliation**

En cas de résiliation du contrat, quelle qu'en soit l'origine, le versement de l'aide est interrompu. Dans le cas où la résiliation intervient à l'initiative de l'organisme local d'Assurance maladie lorsqu'il est constaté le non déploiement des actions répondant à la mission/aux missions socle(s) financée(s), le/les porteurs de projets est/sont tenu(s) de procéder au remboursement de la somme versée à l'organisme local d'Assurance Maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation.

.....

### **Adhésion au contrat d'accompagnement dans la mise en œuvre de mission précoce**

*Ce document est à remplir par le/les porteur(s) de projet de communauté professionnelle territoriale de santé qui le transmet, en double exemplaire, à la caisse primaire d'Assurance maladie du territoire d'implantation de la future communauté professionnelle qui lui en retourne un exemplaire.*

Identification du/des porteur(s) de projet d'une future communauté professionnelle territoriale de santé :

Nom et prénom du/des représentant(s) de la future communauté professionnelle territoriale de santé : .....

Raison sociale : .....

Adresse : .....

.....

Date de validation de la lettre d'intention par l'ARS : .....

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions du « contrat d'accompagnement dans la mise en œuvre de mission précoce » telles qu'indiquées précédemment ;

2° Adhérer au « contrat d'accompagnement dans la mise en œuvre de mission précoce » et m'engager à en respecter les dispositions, pour une durée de 9 mois non renouvelable.

Pièces à joindre au dossier :

- Statuts de l'association ;
- Lettre d'intention validée par l'ARS ;
- Tout document attestant du démarrage de la ou les missions.

Fait à .....

Le .....

Signature

.....

Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée le ....., à effet du .....

Adhésion non enregistrée : Motif : .....

.....

Cachet de la caisse





**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

# ANNEXE 3 : AVENANT 2 ACI CPTS

Mise en œuvre des mesures

DDGOS/DOS/Département des Professions de santé

**1**  
**MISSION CRISE SANITAIRE**

**2**  
**DISPOSITIFS POUR ACCÉLÉRER  
L'ADHÉSION**

**3**  
**EXPERIMENTATIONS SUR ESP - ESS**

**4**  
**MISSION ACCES AUX SOINS**

**5**  
**CPTS TAILLE 4**

# 1. LA MISSION CRISE SANITAIRE

➔ Deux volets :

- Un volet valorisant la rédaction d'un plan de réponse aux crises sanitaires pour la première année de mise en œuvre de la mission et d'une mise à jour annuelle de ce plan les années suivantes.
- Un volet valorisant la mise en œuvre des actions définies dans le plan de réponse aux crises sanitaires, effectif en cas de crise sanitaire grave (caractérisée par l'ARS).


	Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
Année 1- première rédaction	25 000	35 000	45 000	50 000
Année 2 & suivantes – mise à jour du plan	12 500	17 500	22 500	25 000
Dès survenue d'une crise sanitaire grave – pour les CPTS ayant rédigé un plan	37 500	52 500	67 500	75 000

➔ Les CPTS adhérentes avant le 31/12/2021 ayant mis en œuvre des actions de gestion de crise peuvent bénéficier de l'enveloppe dédiée à la survenue d'une crise sanitaire (au titre de l'année 2021).

# CRISE SANITAIRE

## 2 volets de la mission :

- Rédaction d'un plan national
- Survenue d'une crise sanitaire

 **Dérogation** : les CPTS adhérentes avant le 31/12/2021 pourront bénéficier du versement de l'enveloppe « survenue d'une crise sanitaire » pour les actions mises œuvres sur 2021 – si celles-ci n'ont pas été par ailleurs valorisé dans le cadre de l'ACI CPTS

### Trame nationale

- Trame nationale à définir avec le Ministère (1<sup>er</sup> semestre 2022)
- Échéance = avant l'entrée en vigueur des mesures de l'avenant 2 (6 mois après la publication au JO)



### Mise à disposition des CPTS

- Déclinaison de la trame nationale par les CPTS dès sa mise à disposition
- Les CPTS ont 6 mois à compter de la signature de l'avenant à leur contrat en cours pour démarrer la mission et donc la rédaction du plan

## 2. LES DISPOSITIFS POUR ACCÉLÉRER L'ADHÉSION A L'ACI (1/2)

➔ Dispositif de financement de **mission socle en amont de l'ACI** : dès démarrage d'une mission par les porteurs de projet de la CPTS, l'Assurance Maladie verserait l'enveloppe de financement suivante selon la taille de la future CPTS (contrat à signer hors ACI), telle que définie dans la lettre d'intention. Ces CPTS ont 9 mois pour déposer leur projet de santé et adhérer à l'ACI par la suite.

Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
15 000	17 500	25 000	30 000

### Entrée en vigueur et contractualisation possible 6 mois après la publication au JO

- Seules les CPTS ayant leur LI validée et non encore adhérentes à l'ACI CPTS sont éligibles
  - Elles doivent avoir démarré au moins 1 mission socle c'est à dire mis en œuvre une action et non l'intention de s'engager dans une mission socle (hors mission crise sanitaire)
- ➔ Afin d'accompagner au mieux ces CPTS, un atelier accélérateur leur sera proposé systématiquement

## 2. LES DISPOSITIFS POUR ACCÉLÉRER L'ADHÉSION À L'ACI (2/2)



**Augmentation de l'enveloppe de fonctionnement** pour les CPTS ayant rejoint l'ACI CPTS avant le **30/09/2022**



Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
+ 37 500	+ 45 000	+ 56 250	+ 67 500



Dispositif d'accompagnement des porteurs de projets des CPTS au conventionnement à l'ACI par une méthode d'accélération de projet

- ✓ Démarrage du dispositif en février 2021
- ✓ Finalité : soutenir le déploiement des CPTS
- ✓ Objectif : accélérer le parcours pour permettre aux CPTS de se conventionner plus rapidement
- ✓ Moyen : proposer des ateliers « d'accélération » méthode collaborative inspirée des accélérateurs de projets article 51

### 3. EXPERIMENTATIONS ESP - ESS

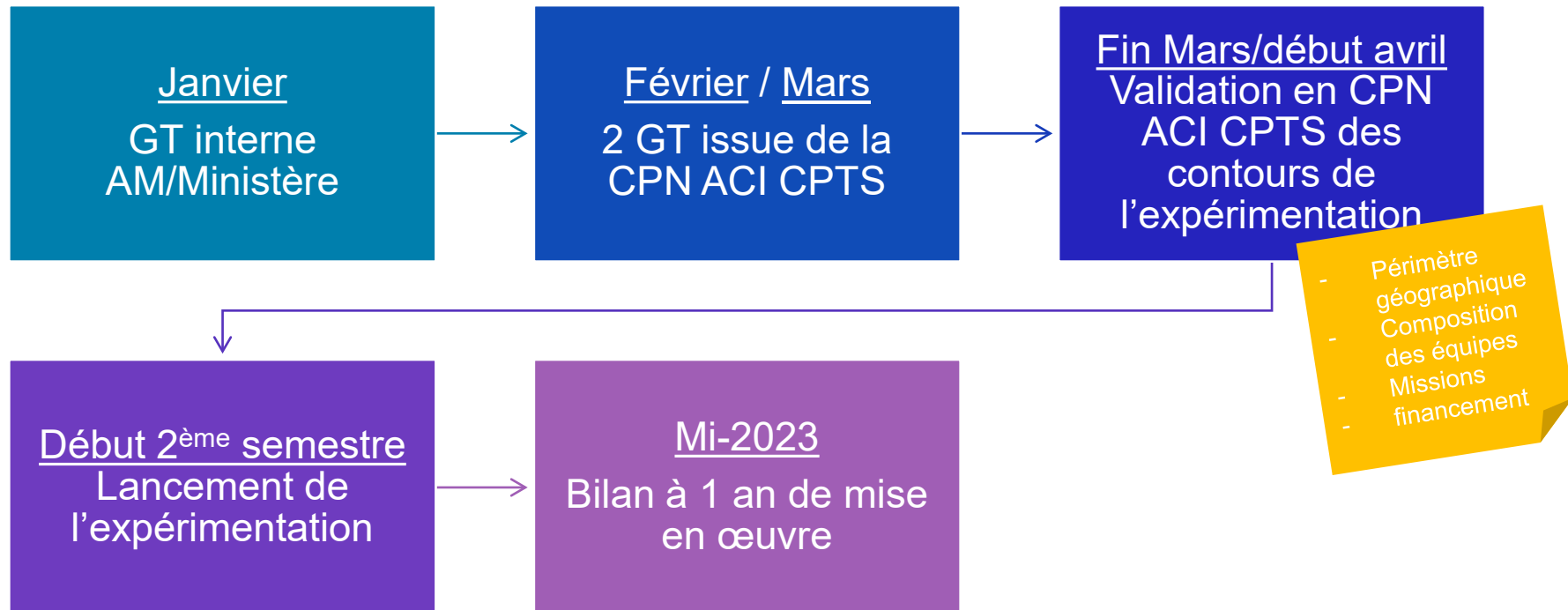
➔ ESP / ESS : création d'un groupe de travail issu de la CPN, avec pour objectif de mettre en place des expérimentations pour tester différents modèles pour les équipes, les évaluer et ainsi définir le modèle à retenir en vue d'une généralisation nationale.

Les éléments à définir ou préciser par le groupe de travail :

- le périmètre géographique de l'expérimentation;
- la forme des équipes (composition)
- les missions,
- les modalités expérimentales de financement permettant de valoriser les différentes formes d'équipes.

➔ Équipes de soins ouvertes (ou ESCAP) : la réflexion se poursuivra dans le cadre de l'Accord cadre interprofessionnel (ACIP) signé le 10 octobre 2018

# ESP/ESS : CALENDRIER





## 4- MODIFICATIONS DE LA MISSION ACCÈS AUX SOINS

Adaptation du volet lié à l'organisation des SNP médicaux aux dispositions de l'avenant 9 et articulation avec le SAS

→ Objectif 1 : articuler la mission de SNP de la CPTS avec le SAS

- ❑ **Maintien de l'objectif socle sur l'accès à un médecin traitant**
- ❑ **Maintien de l'objectif socle sur l'organisation des SNP, via la participation de la CPTS au SAS (effectation)**
  - La régulation SAS peut solliciter la CPTS si elle ne trouve pas de RDV disponibles sur le territoire
  - La CPTS est libre des modalités d'organisation de l'effectation. Elle définit avec la régulation SAS les modalités de contact et de réponse.
  - Les médecins de la CPTS sont éligibles aux rémunérations « SAS » de l'avenant 9 selon les mêmes conditions que les autres (mêmes critères d'éligibilité, à titre individuel)

**La CPTS peut mettre en place une organisation pour traiter directement les demandes relevant des soins non-programmés non-médicaux (dentaire, kiné, sage-femme)**

**Arbitrage en cours quant à la situation des CPTS pour lesquelles le SAS est absent du territoire.**

## 4- MODIFICATIONS DE LA MISSION ACCÈS AUX SOINS

Adaptation du volet lié à l'organisation des SNP médicaux aux dispositions de l'avenant 9 et articulation avec le SAS

→ Objectif 2 : simplifier le dispositif pour donner plus de souplesse aux organisations

Montant annuel	Communa té de taille 1	Communa té de taille 2	Communa uté de taille 3	Communa uté de taille 4
----------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

2 Volets de  
financement  
S

Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle) :	1. Volet Fixe (moyens)	55 000 €	70 000 €	90 000 €	110 000 €
	2. Volet variable (actions et résultats)	25 000 €	30 000 €	35 000 €	45 000 €
	<b>Total</b>	<b>80 000 €</b>	<b>100 000 €</b>	<b>125 000 €</b>	<b>155 000 €</b>

- ❑ **Une enveloppe fixe encore rehaussée (70% de l'enveloppe, au-delà des 50% pour les autres missions :** principe de liberté d'utilisation des crédits pour améliorer l'accès aux soins (accès à un MT et organisation des SNP), en fonction de l'organisation retenue par la CPTS
- ❑ **Une enveloppe variable** intégrant de nouveaux indicateurs relatifs à l'implication dans le SAS : nombre de médecins participants à la mission SNP, nombre de demandes du SAS ayant abouti à un RDV

**Entrée en vigueur 6 mois après la publication au JO**

## 5. CPTS TAILLE 4 : MAJORATION RÉMUNÉRATION

Les CPTS de taille 4 **comprenant a minima cent membres** (professionnels de santé ou structures ayant expressément adhéré à la communauté) ou plus bénéficient d'une **majoration de 10% sur l'ensemble des missions socles ou optionnelles** mentionnés ci-dessus hors financement additionnel du fonctionnement.

Entrée en vigueur 6 mois après

- ne sont concernés que les CPTS de taille de 4
- Les membres sont entendus comme les PS ou structure ayant expressément adhéré à l'association CPTS
- Non rétroactif

**Entrée en vigueur 6 mois après la publication au JO**

## Annexe 4

**LIGNES DIRECTRICES POUR LA RÉDACTION D'UN PLAN D'ACTION POUR LA PARTICIPATION À LA GESTION DE CRISE SANITAIRE EXCEPTIONNELLE – COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ****Préambule**

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont, depuis la publication de l'avenant 2 à l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) CPTS, pour mission sociale la préparation d'un plan d'action leur permettant de participer à la réponse du système de santé face à une situation sanitaire exceptionnelle voire une crise sanitaire grave. Pour ce faire, elles doivent adapter une trame nationale qui sera élaborée en concertation avec les administrations ayant compétence ainsi que des syndicats représentatifs, et mise à leur disposition. Ce document propose donc des lignes directrices de la trame. Cette mission entrera en vigueur à compter du 3 septembre 2022.

*Les autorités sanitaires et les administrations en charge du système de soins ont la responsabilité de qualifier la situation de « crise sanitaire » et d'en organiser la réponse. Cette mission crise sanitaire a donc pour objectif d'inciter les CPTS à anticiper leur organisation et permettre le déploiement rapide des actions relevant de leur pleine responsabilité en cas de crise sanitaire.*

Les CPTS seront invitées au préalable à se référer au plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles en ville proposé par le ministère. Ce plan explicite entre autres la notion de « **situation sanitaire exceptionnelle** » (SSE). Ainsi, elle « englobe toutes les situations conjoncturelles susceptibles d'engendrer de façon immédiate et imprévisible une augmentation sensible de la demande de soins (événement à cinétique rapide de type attentat, ou accident grave) ou une perturbation de l'organisation de l'offre de soins. Une situation sanitaire exceptionnelle peut également résulter d'un événement à cinétique lente (épidémie ou épisode climatique exceptionnels par leur ampleur, leur durée, etc.) provoquant des tensions dans l'offre de soins et pour lequel les premières mesures de gestion s'avèrent insuffisantes. ». L'organisation de la réponse du système de santé est mise en œuvre dans le cadre du dispositif ORSAN (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles) qui a pour objectif d'assurer la montée en puissance du système de santé face à une situation sanitaire exceptionnelle. Ce dispositif coordonne la mobilisation des structures de soins et des professionnels de santé. Il est construit autour de 5 plans opérationnels de réponse qui, d'une part, organisent la mobilisation des opérateurs de soins et des professionnels de santé en fonction des conséquences d'une situation sanitaire exceptionnelle et de la typologie des patients et d'autre part déterminent les parcours de soins et les filières de prise en charge des patients. Cette réponse s'appuie sur des dispositifs de mobilisation spécifiques à chaque opérateur de soins dans tous les secteurs de l'offre de soins. Son élaboration représente un enjeu majeur garant de la qualité et de l'efficacité de la réponse du système de santé face aux situations sanitaires exceptionnelles. Enfin, le dispositif ORSAN s'articule pleinement avec le dispositif d'organisation de la réponse de sécurité civile (ORSEC) et remplit, dans le champ sanitaire, les objectifs fixés dans les plans nationaux comme le futur plan national de préparation et de réponse à une pandémie ou le plan gouvernemental NRBC-E (sous pilotage SGDSN).

Ces situations font l'objet d'un classement selon 5 typologies de crise sanitaire :

- prise en charge de blessés somatiques ou psychiques (attentats, incendie, explosions, émeutes...);
- prise en charge de malades (notamment des populations fragiles : personnes âgées ou enfants) : épidémie saisonnière (grippe, bronchiolite), canicule, grand froid, pollution ;
- prise en charge de patients atteints par un agent infectieux émergent (coronavirus, fièvres hémorragiques virales, arboviroses...) et le cas échéant mise en œuvre d'une campagne de vaccination exceptionnelle ;
- prise en charge immédiate de patients atteints par un agent NRC (accidents ou attentats nucléaires, radiologiques ou chimiques) et suivi à moyen et long termes des éventuels effets induits ;
- altération de l'offre de soins (pénurie de médicaments, difficultés de circulation liées à la neige, les inondations ou un cyclone).

En cas de risque NRC, la communauté professionnelle assure la prise en charge des seuls patients relevant du domaine ambulatoire qui ne nécessitent ni infrastructures ni matériel spécifique.

Seule une décision du directeur général de l'ARS, du préfet du département ou du ministre chargé de la santé peut qualifier une situation de « situation sanitaire exceptionnelle » déclenchant la mise en œuvre du ou des plans ORSAN en fonction de la nature de l'événement.

**Ce plan d'action doit être mis à jour par la CPTS en fonction de l'évolution de la situation et des modifications a minima tous les ans et mis à disposition des institutions. Il reprend quatre thématiques fondamentales dans la gestion d'une crise : l'anticipation, l'adaptation à la crise, le pilotage de la crise et enfin l'évaluation de la réponse proposée. Ce plan a vocation à s'articuler avec les autres plans du territoire.**

### 1- Anticipation

Il s'agit dans cette partie de fournir des outils de réponse préparés en anticipation des situations pouvant perturber de façon significative la demande de soins : annuaire, besoins d'équipement, etc.

Chaque élément des pavés ci-dessous doit être développé.

- **Annuaire actualisé**

- ✓ Annuaire des membres de la CPTS actualisé avec leur contact en cas de crise + leurs fonctions
- ✓ Contacts des référents « crise sanitaire » du territoire (réfèrent ARS, département, ville, préfecture...)
- ✓ Contact des partenaires

- **Descriptif du stock de matériel et autres dispositifs**

- ✓ Décrire les modalités de distribution du matériel et autres dispositifs aux professionnels fournis par les autorités compétentes, en lien avec les pharmaciens d'officine et les collectivités locales
- ✓ Décrire les modalités de recensement de l'offre en matériel et autres matériels disponibles (matériels médicaux indispensables, saturomètre, ECG, etc.) outre le

matériel fourni par les autorités en cas de survenance de la crise et mettre en place ce recensement de l'offre sur le territoire

- ✓ Avoir une solution de télésanté (téléconsultation, télésoin...): recenser les PS du territoire disposant d'une solution de téléconsultation et le type de solution
- ✓ Identifier les locaux potentiellement mobilisables, en lien avec les acteurs locaux, en cas de nécessité de recourir à des structures dédiées et leur capacité

- **Référent « crise sanitaire »**

- ✓ Identifier un référent volontaire et prévoir un référent suppléant volontaire en cas de congés ou d'absence
- ✓ Formation proposée en lien avec les ARS et les établissements de santé notamment leurs centres d'enseignement des soins d'urgence (FGSU SSE). Le référent doit être formé en lien avec les ES, EMS, ARS à des fins de coordination
- ✓ Décrire son rôle (organiser la transmission de ses connaissances à l'ensemble des professionnels de la CPTS, diffuser notamment l'annuaire actualisé...)

- **Actions de sensibilisations aux risques et exercices de préparation**

- ✓ Réunions d'informations ou de co-constructions de plans
- ✓ Organisation ou participation à des exercices proposés sur les territoires

## 2- Adaptation à la crise

Il s'agit dans cette partie de prévoir un dispositif de montée en puissance en fonction de la nature et de l'ampleur de la situation.

À noter que la trame ne détaille pas en fonction des typologies de crise mais propose d'établir les lignes directrices à adapter en fonction des besoins de la population.

- **Identifier les besoins en santé générés par la situation sanitaire exceptionnelle**

- ✓ Identifier les besoins en santé potentiels de la population
- ✓ Coordonner les listes de professionnels de santé disponibles et prévoir la distribution de stocks de matériel de protection mis à disposition par les autorités sanitaires

- **Mobiliser des moyens proportionnés suite à l'évaluation de la gravité de la crise par les autorités compétentes**

- ✓ Modalités d'identification et de remontée aux autorités compétentes des renforts mobilisables
- ✓ Stratégie de fonctionnement en « mode dégradé »

- **Gradation 1 : augmentation de la mobilisation à structure d'organisation constante** (aménagement horaires des flux de patients)

- **Gradation 2 : création de structures dédiées (ex : centre COVID) avec adossement à un établissement de référence.** Chaque fois que cela est possible, il est conseillé d'appuyer ces centres sur des structures de soins existantes (MSP, centres de santé, Maison médicale de garde, centre hospitalier de proximité...) afin de réduire les besoins en logistique. Outre la prise en charge des patients, ces centres doivent permettre l'accès aux prélèvements pour le dépistage populationnel avec, par exemple, des solutions de type « drive »

- **Adapter les circuits et les lieux**

- ✓ Mettre ici un plan du territoire de la CPTS précisant les différentes structures ressources et capacités d'accueil et de prise en charge en lien avec les élus locaux
- ✓ Identifier les relais populationnels pour favoriser une communication adaptée auprès de la population, notamment ceux intervenant auprès des publics vulnérables
- ✓ Anticiper des actions d'aller vers des publics éloignés du soin

- **Proposer une réponse sanitaire au besoin émergent et assurer la continuité des soins**
- ✓ Protocole d'organisation inter-structures (cabinets et structures de soins) permettant notamment la prise en charge des patients atteints par la crise ou encore permettant la continuité des soins pour les autres patients afin d'éviter la rupture des soins
- ✓ Recensement des protocoles organisationnels mis en place sur le territoire
- ✓ Protocoles d'aller vers les publics à domicile (qui fait quoi ?)

### 3- Pilotage de la crise

Il s'agit dans cette partie de prévoir la mise en place d'une cellule de crise qui est adaptable selon les typologies de crise et qui assure le lien avec la cellule régionale d'appui au pilotage sanitaire de l'ARS et si besoin, leur cellule départementale d'appui et le cas échéant, avec les cellules de crise hospitalières des établissements de santé du territoire. La cellule régionale d'appui au pilotage sanitaire de l'ARS assure le lien avec les acteurs hors du champ sanitaire (sécurité civile, forces de sécurité intérieure...) dans le cadre du centre opérationnel départemental sous l'autorité du préfet.

De manière générale, les objectifs principaux de cette cellule de crise sont les suivants : anticiper les moyens à mettre en œuvre en fonction de la cinétique de SSE/crise rencontrée, mettre en œuvre les orientations des autorités sanitaires en les adaptant aux réalités locales, rendre compte des actions réalisées et exprimer les besoins complémentaires estimés pour mener à bien les sollicitations. Pour ce faire, il faudra consulter les professionnels de santé du territoire, collecter à cette occasion les adresses mail et les numéros de téléphone des professionnels de santé du territoire et prévoir un référent dont le numéro de téléphone ou l'adresse mail sera communiqué aux professionnels de santé pour contacter la cellule de crise.

- **Organiser une cellule de crise**
- ✓ Qui ?
- ✓ Se réunit quand ?
- ✓ Comment ?
- ✓ Traçabilité des échanges ?
- ✓ Recensement des coordonnées des référents crises sanitaires des structures départementales concernées par la crise

Dans ses missions principales, il revient également à la cellule de crise de définir les modalités de communication auprès de la population pour lui permettre notamment, d'identifier les lieux où consulter et lui rappeler les gestes barrières.

- **Organiser la communication de crise**
- ✓ Quelle personne référente ?
- ✓ Lien avec les médias ? en lien avec les autorités, élus, ARS
- ✓ Information de la population ? en lien avec les autorités, élus, ARS
- ✓ Quel vecteur de communication ?
- ✓ Communiquer avec les institutions impliquées dans la crise : se tenir informé des directives nationales ou locales.

Il est également demandé à la CPTS d'établir un journal de bord de la situation durant la crise lui permettant de recenser l'ensemble des actions mises en place. Ce journal de bord permettra également d'établir a posteriori de la crise, un retour d'expérience sur la gestion de la crise.

- **Prévoir un journal de bord de la crise**
  - ✓ Qui s'en charge ? Quel format ? Où se trouve-t-il ? Comment est-il organisé ? marquer les grandes étapes de la journée

#### **4- Retex réalisé d'une situation de crise déjà connue**

La CPTS s'engage à établir une évaluation de son intervention durant la crise. Cette évaluation pourra être transmise aux différents interlocuteurs (ARS, CPAM, MSA, référents crise sanitaire des différentes CPTS, etc.)

- ✓ Descriptif de la crise et de sa gestion
- ✓ Les points forts
- ✓ Les points faibles
- ✓ Les apprentissages / choses à améliorer
- ✓ Le délai de réalisation
- ✓ Prévoir un échange des retours d'expérience des différents acteurs et structures impliqués dans la crise