

ACCORD CADRE INTERPROFESSIONNEL
entre les professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale et l'Assurance Maladie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-1-13, L. 162-14-1 et L. 162-15,

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM)

Et

L'Union Nationale des Professionnels de Santé

Sont convenus des termes de l'accord cadre interprofessionnel qui suit.

Préambule

Notre système d'assurance maladie universel et solidaire joue un rôle clé dans l'accès de tous à des soins de qualité. Les parties signataires entendent contribuer conjointement à faciliter l'accès aux droits et aux soins des patients et à améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé pour favoriser la qualité des pratiques.

Les partenaires conventionnels s'accordent sur le rôle clé des professionnels de santé libéraux dans le nécessaire virage ambulatoire de notre système de santé, gage d'une prise en charge plus efficace, mieux coordonnée et plus adaptée aux besoins des patients et à l'évolution de leurs pathologies. Dans ce cadre, ils souhaitent contribuer au développement et à la généralisation de l'exercice coordonné, sous ses diverses formes. Ce mode d'exercice permet de renforcer la prévention, l'efficacité et la qualité de la prise en charge des patients, d'améliorer l'articulation entre les établissements de santé et l'ambulatoire pour assurer la continuité des parcours des patients, de conforter l'offre de soins de premier recours, et enfin d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé.

Les politiques conventionnelles constituent un véritable levier pour améliorer la coordination entre les différents acteurs de l'offre de soins, que ces politiques soient menées dans un cadre interprofessionnel ou pour chaque profession.

Dans cette perspective, les parties signataires souhaitent renouveler le partenariat entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé dans le cadre de l'accord cadre interprofessionnel.

L'accord interprofessionnel doit poursuivre son rôle de cadre structurant permettant d'impulser une dynamique dans chaque convention mono-catégorielle et dans les accords conventionnels interprofessionnels pour favoriser l'exercice coordonné des différents acteurs de santé.

Pour répondre à cet objectif, trois axes principaux ont été définis dont la déclinaison dans les différents accords conventionnels devra être compatible avec le contexte d'évolution maîtrisée de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie : accompagner les évolutions de pratiques pour généraliser la prise en charge coordonnée des patients, accompagner la transition numérique en santé pour favoriser la coordination des acteurs, poursuivre la simplification des conditions d'exercice des professionnels de santé.

Titre préliminaire – Portée de l'accord cadre interprofessionnel

Article 1 – Champ d’application de l’accord

Conformément aux dispositions de l’article L.162-1-13 du code de la sécurité sociale, le présent accord s’applique :

- aux organismes de tous les régimes d’assurance maladie obligatoire ;
- à l’Union Nationale des Professions de Santé (UNPS) ;
- aux professions de santé mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale dont au moins une organisation syndicale représentative de la profession est signataire dudit accord.

Cet accord est applicable aux professions suivantes représentées à l’UNPS (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, biologiste responsable, pharmacien d’officine, transporteur sanitaire, auxiliaires médicaux : infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, audioprothésiste) si au moins une organisation syndicale représentative de la profession est signataire.

Article 2 – Objet de l’accord

L’accord cadre interprofessionnel a vocation à fixer les orientations stratégiques des accords conventionnels qu’ils soient monocatégoriels ou pluriprofessionnels pour les cinq années à venir.

Les parties signataires souhaitent fixer le cadre et les orientations de ces accords notamment sur les modes d’organisation et les outils à promouvoir pour faciliter la coordination des soins.

Titre 1 - Accompagner les évolutions de pratique pour développer la prise en charge coordonnée des patients

Article 3 – Généraliser l'exercice coordonné

Les parties signataires s'accordent sur le fait que le développement d'organisations structurées et coordonnées, capables d'assurer le suivi et l'accompagnement des patients, dont un nombre croissant présente un profil de polyopathologies, de pathologies chroniques, voire de dépendance, est un objectif majeur pour notre système de santé.

Le renforcement de la coordination entre les professionnels de santé et leur capacité à s'organiser sont des conditions essentielles pour assurer :

- une meilleure prise en charge des patients (meilleur suivi des pathologies et des éventuelles complications) ;
- un moindre recours à l'hôpital et aux services d'urgences ;
- une meilleure articulation entre la ville, l'hôpital et le médico-social.

Ils s'accordent pour affirmer la nécessité de faire évoluer dans les prochaines années, l'ensemble des professionnels de santé vers un exercice coordonné. Ce mode d'exercice peut prendre diverses formes : maisons de santé pluriprofessionnelles, équipes de soins primaires ou d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients.

Cet exercice coordonné implique que les professionnels de santé organisent à l'échelle de leur territoire, dans le cadre de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), une réponse collective aux besoins de santé de la population.

Les professionnels de santé doivent être à l'initiative de ces modes d'organisation, adaptés à leurs attentes et aux besoins des patients, en tenant compte du contexte territorial ou de leur patientèle.

Article 4 - Accompagner les démarches en faveur de l'exercice coordonné

Les parties signataires constatent que certains accords conventionnels comportent d'ores et déjà des mesures incitatives en faveur de l'exercice coordonné.

Ainsi, l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour les structures pluriprofessionnelles valorise d'ores et déjà à la fois les engagements en matière de coordination des équipes et l'acquisition d'outils facilitant l'exercice coordonné.

De même, les derniers accords conventionnels signés entre l'Assurance Maladie et les différentes professions de santé comportent la mise en place d'un forfait structure valorisant les professionnels de santé d'une part, pour l'informatisation et l'équipement de leur cabinet facilitant le travail en équipe (logiciel compatible DMP, messagerie sécurisée de santé, etc.) et d'autre part, l'engagement des professionnels dans la prise en charge coordonnée des patients (participation à des équipes de soins primaires, à des communautés professionnelles territoriales de santé, des maisons de santé pluriprofessionnelles, etc.). Ce forfait a vocation à bénéficier à l'ensemble des catégories de professionnels de santé.

Les partenaires conventionnels souhaitent que cette démarche en faveur de l'incitation à l'exercice coordonné se poursuive et se renforce dans les années à venir.

Pourrait être mis en place, dans cette perspective, un cadre pérenne de financement pour des formes d'exercice coordonné telles que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui visent à constituer une réponse pour améliorer l'accès et la continuité des soins dans leurs différentes dimensions : organisation de réponses aux soins non programmés, meilleure articulation entre premier et second recours, gestion de l'articulation ville et hôpital particulièrement au moment de l'entrée et la sortie d'hospitalisation pour les patients en situation complexe, maintien à domicile des personnes âgées, développement des activités de prévention et de dépistage.

Au cours de la période de développement de ces structures, les partenaires conventionnels entendent favoriser l'exercice coordonné autour d'un patient grâce à la mise en commun d'outils permettant le partage d'informations.

Les parties signataires s'engagent à approfondir les réflexions notamment dans le cadre du comité de suivi de l'accord (CSA défini à l'article 10 du présent accord) sur la manière de mieux valoriser dans les accords conventionnels l'engagement individuel des professionnels dans la coordination de proximité : outils et modes d'organisation, adaptation des interventions de chaque acteur aux besoins des patients en utilisant au mieux les compétences complémentaires de chacun, démarche facilitant le lien entre, la ville, l'hôpital, le médico-social.

Article 5 – Favoriser le recours à la télémédecine

Le déploiement de la télémédecine constitue un enjeu clé pour l'efficacité de l'organisation et de la prise en charge des patients notamment en zone sous dense en offre de soins.

Elle permet une prise en charge et un suivi plus rapides, en évitant des renoncements aux avis spécialisés ou des délais de prise en charge trop longs, en permettant dans certaines situations de prévenir des hospitalisations et ré-hospitalisations. La télémédecine est aussi un moyen d'éviter des déplacements inutiles et des passages des patients aux urgences.

La télémédecine peut également favoriser le partage d'informations et d'avis entre les professionnels de santé assurant la prise en charge des patients.

Les accords conventionnels ont vocation à accompagner l'essor des pratiques de télémédecine sur l'ensemble du territoire et au profit de tous les patients, en inscrivant, dans le droit commun, les actes de télémédecine dans le cadre du parcours de soins coordonné.

Un premier accord conventionnel a été défini avec les représentants des médecins libéraux sur les modalités et conditions de mise en œuvre des actes de téléconsultation et de téléexpertise.

Des accords conventionnels intéressant d'autres professions ont vocation à être conclus pour favoriser le recours aux actes de télémédecine.

Les parties signataires s'accordent sur le fait que la télémédecine doit s'inscrire dans un cadre assurant une prise en charge de qualité et respectant les principes d'organisation de notre système de soins.

Elles s'engagent à porter le déploiement de la télémédecine pour l'ensemble des professionnels de santé autour des grands principes suivants.

La télémédecine doit respecter l'organisation des soins et s'inscrire dans le respect du parcours de soins (sauf dans des cas particuliers où possibilité de recours à des organisations territoriales spécifiques apportant une réponse en télémédecine de manière coordonnée).

Sauf situations particulières, les patients doivent être connus des professionnels assurant des actes de télémédecine afin de pouvoir disposer des informations nécessaires à un suivi de qualité.

L'opportunité du recours à la télémédecine relève d'une appréciation au cas par cas des professionnels de santé.

Pour assurer un meilleur suivi des patients et faciliter la prise en charge coordonnée, les professionnels de santé intègrent les comptes rendus des actes de télémédecine réalisés dans le dossier du patient et dans le DMP, le cas échéant, quand il est ouvert.

Les parties signataires estiment que les accords conventionnels doivent comporter des mesures incitatives en matière d'équipements pour favoriser le recours aux actes de télémédecine. Ces mesures peuvent s'intégrer dans les forfaits structure inscrits dans les accords conventionnels tels que visés à l'article 4 du présent accord.

Article 6 – Favoriser l'implication des professionnels de santé dans les actions et programmes de prévention et de promotion de la santé

Afin que les assurés sociaux puissent bénéficier d'actions de prévention et de promotion de la santé tout au long de la vie, les parties signataires souhaitent que les accords conventionnels qu'ils soient monocatégoriels ou pluriprofessionnels renforcent et valorisent l'engagement des professionnels de santé dans les actions et programmes de prévention, en cohérence avec la politique nationale de santé (lois de santé publique, plans de santé publique) et ce, dans une dimension de prise en charge pluriprofessionnelle.

Un certain nombre d'accords conventionnels ont d'ores et déjà mis en place des dispositifs permettant de renforcer l'implication des professionnels de santé dans les actions de prévention et de dépistage au travers notamment de rémunérations incitatives reposant sur des objectifs de santé publique de type rémunérations sur objectifs de santé publique.

Les partenaires conventionnels souhaitent donc que cette démarche se poursuive et se renforce dans les années qui viennent afin que la prévention et le dépistage soient pleinement intégrés dans la pratique quotidienne des professionnels de santé.

Titre 2 - Accompagner le déploiement des outils favorisant l'exercice coordonné

Article 7 –Déployer les outils numériques pour faciliter l'exercice coordonné

Le recours aux outils numériques facilite les échanges entre professionnels de santé et contribue à une prise en charge de qualité pour le patient.

Les parties signataires s'accordent sur la nécessité de poursuivre le mouvement engagé sur le déploiement des différents outils d'appui à cette coordination dans une logique de parcours de soins, et notamment en favorisant la prise en compte par les professionnels de santé des dernières versions de logiciels disponibles.

Article 7.1 - Le Dossier Médical Partagé

Le déploiement sur l'ensemble du territoire du DMP (dossier médical partagé) et le développement de son usage auprès des patients, des professionnels de santé libéraux et des établissements de santé, s'inscrivent pleinement dans cette démarche.

Les logiciels compatibles avec le DMP ont vocation à être déployés auprès de l'ensemble des professionnels de santé libéraux.

L'alimentation des DMP doit être réalisée en y intégrant a minima les documents suivants :

- volet de synthèse médicale ;
- fiches de synthèses issues des bilans prévus à la nomenclature et dans les différentes conventions ;
- résultats d'examen (biologie, radiographie, ...) ;
- vaccinations.

Les partenaires conventionnels souhaitent que, dans ce cadre, des travaux soient menés, en lien avec les éditeurs de logiciels, pour faciliter l'intégration automatique de données structurées dans le DMP, notamment pour le volet de synthèse médicale et les fiches de synthèse des bilans.

En outre, les partenaires conventionnels analyseront les difficultés techniques identifiées par les professionnels de santé notamment liées à l'accès au réseau.

Les parties signataires se fixent pour objectif que soient ouverts au moins 40 millions de DMP d'ici cinq ans. Pour y parvenir, elles s'accordent pour mener, en partenariat, des travaux concernant les évolutions du DMP et des logiciels métiers des professionnels de santé : faciliter l'interconnexion entre les données figurant dans le DMP et les données saisies dans le logiciel métier, téléchargement dans le logiciel métier des professionnels de santé des documents extraits du DMP, alimentation automatique du DMP par les données saisies dans le logiciel métier, intégration dans le DMP du patient de la liste des professionnels de santé habituels assurant sa prise en charge, etc.

Des mécanismes d'incitation à l'ouverture, à l'alimentation et à l'usage du DMP peuvent être mis en place dans les accords conventionnels monocatégoriels.

Article 7.2 - Les messageries sécurisées de santé

Les professionnels de santé s'engagent à utiliser un cadre adapté à l'échange d'informations en respectant les recommandations CNIL en matière d'échanges sécurisés de santé que ce soit pour les échanges entre professionnels de santé ou pour les échanges entre les professionnels de santé et les patients.

Les parties signataires se fixent pour objectif que l'ensemble des professionnels soient équipés d'une messagerie sécurisée de santé d'ici 3 ans.

Afin de déployer les messageries sécurisées de santé auprès de l'ensemble des professionnels de santé, les partenaires conventionnels s'engagent à réaliser des travaux, en lien avec les éditeurs de logiciels et les fournisseurs de services de messagerie, pour favoriser l'intégration des messageries sécurisées au sein des logiciels métiers utilisés par les professionnels de santé.

Article 7.3 - Les équipements permettant le recours aux actes de télémédecine

Les parties signataires estiment nécessaire d'accompagner les professionnels de santé qui souhaitent investir dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles facilitant le recours à la télémédecine.

Dans cette perspective, ils s'accordent pour que les accords conventionnels qu'ils soient mono catégoriels ou pluriprofessionnels puissent comporter des aides aux investissements techniques nécessaires.

Article 7.4 - Le déploiement de la prescription électronique

La prescription électronique, ou e-prescription, constitue un enjeu majeur pour la modernisation et la transformation du système de santé français.

Elle se caractérise par la dématérialisation des prescriptions et des délivrances des prestations chez les prescrits sous forme de données structurées au sein de bases de données nationales. Les prescriptions contenues dans ces bases ne seront pas nominatives tant que la prescription n'a pas été exécutée. Les prescripteurs et les prescrits pourront en parallèle alimenter le DMP afin que les professionnels autorisés par le patient puissent y avoir accès.

Une fois largement déployée, les bénéfices attendus de la e-prescription sont multiples et constituent des apports importants dans différents domaines pour l'ensemble des acteurs, les patients, l'ensemble des professionnels de santé et l'Assurance Maladie en permettant de :

- simplifier et sécuriser le circuit de l'ordonnance, depuis la prescription jusqu'à la délivrance ou la réalisation de l'acte ;
- fluidifier et fiabiliser les échanges entre les médecins et les professions prescrites grâce à la dématérialisation et à la structuration des données des prescriptions, les prescripteurs ayant par exemple accès aux informations de la délivrance des médicaments qu'ils ont prescrits ;
- favoriser la coordination des soins grâce au partage des informations de prescription entre les professionnels de santé ;
- fiabiliser les remboursements et réduire les risques de falsification ou d'indus induits par des prescriptions non conformes à la liste des actes et prestations.

Au regard de ces enjeux considérables, les parties signataires se fixent pour objectifs la mise en œuvre et le déploiement de la e prescription avec un calendrier progressif mais ambitieux sur une période de quatre ans pour toutes les prescriptions (produits de santé, examens de biologie, d'imagerie, actes infirmiers ...).

La gouvernance, les principes et les règles applicables à la mise en place et au déploiement de la e-prescription, y compris les cahiers des charges, doivent être définis de manière conjointe entre l'Assurance Maladie et les représentants des professionnels de santé.

Article 7.5 - Les travaux techniques nécessaires au déploiement des outils numériques

Les parties signataires s'engagent à poursuivre les travaux techniques initiés dans le cadre du comité technique interprofessionnel de modernisations des échanges (COTIP) défini à l'article 11 du présent accord visant à déployer les outils numériques au service de l'exercice coordonné.

Ces travaux portent notamment sur :

- l'équipement de l'ensemble des professionnels de santé du socle technique minimal pour pouvoir intégrer dans de bonnes conditions les nouveaux outils de la coordination : messagerie sécurisée de santé, DMP, prescription électronique, télémédecine etc, et tendre vers l'actualisation des versions logicielles déployées sur le terrain,
- l'interopérabilité des systèmes d'information facilitant les échanges entre professionnels de santé,
- la sécurisation des différentes couches techniques (certificats, lecteurs, navigateurs, ...),
- la structuration des données dans les logiciels métier pour faciliter les échanges entre professionnels de santé et optimiser le suivi des patients et patientèle.

Ces travaux doivent être menés en partenariat avec les éditeurs de logiciels afin qu'ils puissent garantir l'ergonomie et la facilité d'usage attendues par les professionnels de santé. L'ASIP santé peut être également associée à ces travaux en tant que de besoin.

Titre 3- Poursuivre la simplification des conditions d'exercice des professionnels de santé

La simplification des conditions d'exercice des professionnels de santé obéit à la fois à une exigence de qualité de service envers les patients, mais également à la volonté de libérer du temps médical des professionnels auprès des patients et ainsi favoriser l'accès aux soins.

Article 8 – Accompagner les professionnels de santé

L'Assurance Maladie s'engage à poursuivre l'accompagnement individualisé des professionnels de santé. Ainsi, doivent être proposées, à l'ensemble des catégories de professionnels de santé, des rencontres avec les praticiens-conseils et les délégués de l'Assurance Maladie organisées autour de la diffusion régulière d'informations récentes sur la profession de manière générale et permettant d'objectiver la pratique individualisée de chaque professionnel de santé. Ces échanges confraternels, ou visites, permettent d'apporter aux professionnels de santé rencontrés des informations actualisées concernant l'exercice de sa pratique. Il peut notamment s'agir de discussions autour de recommandations de bonne pratique émanant des agences sanitaires nationales, d'un état des lieux de la pratique constatée sur le territoire par type de professionnels de santé, des outils d'aides à la pratique (mémo, arbres décisionnels, ...) ou encore du contenu de futures campagnes de communication destinées aux assurés. Ces échanges peuvent être organisés avec une approche pluri-professionnelle en fonction des thèmes traités.

Article 8.1 - Un accompagnement plus personnalisé

Depuis 2017, l'accompagnement des professionnels de santé par l'Assurance maladie évolue vers une plus grande personnalisation, avec, notamment, la réalisation d'échanges confraternels autour de « cas-patients » permettant de mieux aborder les difficultés rencontrées par les soignants.

Pour les années à venir, l'objectif est de construire un accompagnement par pathologie, plus orienté vers le parcours de soins des patients. Dans ce contexte, l'approche pluri-professionnelle de l'accompagnement va être développée.

Article 8.2 - La poursuite de l'accompagnement des professionnels de santé par les conseillers informatique service (CIS)

Chaque caisse d'assurance maladie dispose de conseillers informatique service (CIS) chargés d'accompagner les professionnels de santé dans l'informatisation de leur pratique et dans l'utilisation des différents services proposés par l'Assurance Maladie dans le cadre de la dématérialisation des échanges (utilisation des outils de facturation ou télé services intégrés à leur logiciel métier le cas échéant). Ils sont les interlocuteurs privilégiés concernant l'ensemble des téléservices proposés par l'Assurance Maladie.

Ils sont amenés à contacter ou rencontrer les professionnels de santé sur plusieurs versants :

- assistance technique (démarrage d'utilisation des téléservices, résolution d'incidents)
- conseil et accompagnement (suivi attentionné dans le cadre de la facturation, préconisations pour une utilisation optimale des téléservices).

Les CIS vont notamment s'attacher aux actions suivantes :

- contribuer à la réduction des rejets et à la garantie de paiement dans le cadre de la pratique du tiers payant,
- promouvoir le Dossier Médical Partagé (DMP),
- accompagner la mise en place des messageries sécurisées de santé auprès de toutes les professions
- poursuivre la promotion et l'accompagnement de SESAM-Vitale, des téléservices, de l'ADRi (acquisition des droits intégrée),
- soutenir et accompagner la mise en place du forfait structure des différentes professions,
- accompagner le déploiement de la télémédecine,
- promouvoir le déploiement de la e-prescription,
- favoriser le déploiement de la e-Carte Vitale.

Article 8.3- La poursuite du développement des services dématérialisés et téléservices

Les parties signataires s'accordent pour poursuivre le développement des services dématérialisés et des téléservices. L'objectif est de mettre à disposition des professionnels de santé des services simplifiant leurs tâches administratives et facilitant la prise en charge de leurs patients.

Les téléservices suivants sont d'ores et déjà disponibles et ont vocation à être étendus à d'autres professions ou intégrés directement dans les logiciels métiers des professionnels de santé :

- affichage du suivi des paiements à destination des professionnels de santé,
- dialogue via une messagerie sécurisée entre les professionnels de santé et les services médicaux de l'Assurance Maladie,
- pour les médecins, des services en ligne permettent une facilitation de la prise en charge des patients (gestion des protocoles de soins électroniques, prescription d'arrêt de travail en ligne, déclaration de médecin traitant en ligne, déclaration de grossesse en ligne, ...).

Elles s'accordent sur la nécessité de poursuivre ces démarches en travaillant notamment sur la dématérialisation des accords préalables ou encore sur la mise à disposition des professionnels de santé des informations pertinentes dématérialisées pour leur apporter un appui dans leurs pratiques et dans la prise en charge de leurs patients (informations sur la patientèle issues des bases de l'Assurance Maladie sur différents critères).

Article 8.4 - L'accompagnement du développement de la facturation en tiers payant

L'Assurance Maladie s'engage dans une démarche globale d'amélioration de sa qualité de service qui se décline notamment dans un engagement pour faciliter la facturation des actes.

Un engagement pour faciliter la facturation des actes :

- garantie de paiement sur la base des informations inscrites sur la carte vitale du patient,
- délais de paiements,
- réduction des motifs de rejets de facturation,
- déploiement d'outils facilitateurs à la pratique du tiers payant,
- mise en place d'un point d'entrée unique pour les PS (CESI)

Le déploiement des outils tels que ADRi (Acquisition des DRoits Intégrée au logiciel de facturation) permet de fiabiliser la facture en tiers-payant au plus près de la situation du patient connue des bases de l'Assurance Maladie et d'éviter ainsi les rejets liés aux droits.

Une traçabilité de l'interrogation des droits sera intégrée dans la Feuille de Soins Electronique.

De même, l'usage de la carte vitale dématérialisée (e-carte vitale) :

- permet d'élaborer des feuilles de soins électroniques sur présentation de la carte vitale dématérialisée présente sur le smartphone des patients ;
- facilite la pratique du tiers payant dans les situations d'absence de carte Vitale.

L'ensemble des accords conventionnels avec les professionnels de santé doivent porter ces engagements.

Titre 4- Réaffirmer l'engagement de l'Assurance Maladie de sa participation à la prise en charge des cotisations sociales au profit des professionnels de santé conventionnés

Article 9 - Engagement de l'Assurance Maladie sur la participation aux cotisations sociales des professionnels de santé

L'Assurance Maladie réaffirme son engagement de garantie de la participation à la prise en charge des cotisations sociales au profit des professionnels de santé conventionnés en contrepartie du respect des tarifs conventionnels. Cette participation est assise sur l'activité effectuée dans le cadre conventionnel (à l'exception des dépassements d'honoraires) et également sur les revenus tirés d'activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des professionnels de santé. Dans ce cadre, les parties signataires veillent à ce que l'ensemble des accords conventionnels mono catégoriels intègrent bien les dispositions nécessaires pour assurer une neutralité financière aux professionnels de santé du fait de l'évolution du cadre législatif avec la hausse du montant de la CSG définie dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Chaque convention nationale avec les professionnels de santé concernés porte cet engagement.

Titre 5 – Les instances de suivi de l'accord

Les parties signataires affirment leur attachement à une gestion paritaire de l'accord cadre et mettent en place :

- un comité de suivi de l'accord (CSA),
- un comité technique inter professionnel de modernisation des échanges (COTIP)

Article 10 - Comité de suivi de l'accord (CSA)

• Composition du CSA

Le comité de suivi de l'accord est composé paritairement de deux sections :

- La section professionnelle composée des représentants des différentes professions de santé composant l'Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS) ;
- La section sociale composée des représentants de l'Assurance Maladie obligatoire (UNCAM) signataire du présent accord.

Siège également avec voix délibérative, un représentant de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire dès lors qu'elle est signataire du présent accord. Dans cette configuration, le président de la section professionnelle dispose de deux voix afin d'assurer la parité entre les sections.

Représentants des différentes professions de santé composant l'UNPS

- 1 siège est attribué à chaque organisation syndicale représentée à l'UNPS et signataire du présent accord.

Représentants de l'Assurance Maladie obligatoire

Un nombre de sièges identique à celui de la section professionnelle est attribué, afin de respecter la parité.

- 70% des sièges pour l'Assurance Maladie sont attribués à des représentants du régime général,
- 30% à des représentants du régime agricole.

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

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

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

- **Présidence des sections et du comité**

Lors de la première réunion du comité, chaque section désigne son président.

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

La présidence du comité est assurée la première année du présent accord par le président de la section professionnelle.

- **Missions du CSA**

Le comité de suivi de l'accord a un rôle d'orientation et de coordination entre les différentes parties signataires.

Il permet de créer une concertation entre les signataires et assure le suivi régulier des différents sujets entrant dans le champ de l'accord cadre interprofessionnel.

Le comité de suivi de l'accord a notamment pour fonction de :

- s'assurer du respect de l'accord par les parties ;
- réfléchir sur les modalités d'intégration dans les accords conventionnels d'un accompagnement renforcé de l'engagement individuel des professionnels dans la coordination de proximité : outils et modes d'organisation, adaptation des interventions de chaque acteur aux besoins des patients en utilisant au mieux les compétences complémentaires de chacun, démarche facilitant le lien entre, la ville, l'hôpital, le médico-social ;
- définir la feuille de route des travaux du COTIP et valider lesdits travaux ;
- examiner le respect des conditions de financement de l'UNPS ;
- étudier les différents thèmes à dimension pluriprofessionnelle pouvant faire l'objet de proposition pour les orientations du développement professionnel continu (DPC) ;
- préparer les avenants et annexes à l'accord.

- **Fonctionnement**

Le comité est mis en place dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur du présent accord.

Réunions

Le comité de suivi de l'accord se réunit en tant que de besoin et au minimum 2 fois par an. La réunion est de droit lorsqu'elle est demandée par le président ou le vice-président.

Les convocations sont adressées, par voie électronique, par le secrétariat aux membres de la commission, quinze jours avant la date de la réunion, accompagnées de l'ordre du jour établi par le secrétariat en accord avec le président et le vice-président, et des documents utiles.

Chaque section fait appel en tant que de besoin à des conseillers techniques dont elle juge la présence nécessaire. Le nombre de conseillers est limité à 4 par section. Les conseillers techniques n'interviennent que sur les points inscrits à l'ordre du jour sur lesquels leur compétence est requise.

Chaque membre peut se faire valablement représenter par un autre membre de sa section.

Tenue du secrétariat

Les moyens nécessaires à la tenue du secrétariat et au fonctionnement du comité sont mis en place par l'UNCAM. Le secrétariat assure toutes les tâches administratives du comité (convocations, relevés de décisions, comptes rendus, constats de carence...).

Délibérations

Le comité ne peut délibérer valablement que si le quorum est atteint et que la parité est respectée.

Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents ou valablement représentés au moins égal à la moitié des membres composant chaque section.

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

En l'absence de quorum, un nouveau comité est convoqué dans un délai de 15 jours. Il délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents, sous réserve que la parité soit respectée.

Conditions de vote

Les décisions sont prises à la majorité simple des suffrages exprimés. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs, nuls ou des abstentions.

En cas de partage des voix et s'il n'est pas proposé de proposition transactionnelle, il est procédé à un second vote. La délibération sur le point litigieux est adoptée à la majorité simple des voix exprimées. En cas de maintien du partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

Les délibérations font l'objet d'un relevé de décisions, ou figurent dans le compte rendu de la réunion, établi dans les deux mois de la tenue du comité. Ce document est adressé à chaque membre puis soumis à l'approbation des membres lors de la prochaine séance.

Carence

Il y a situation de carence dans les cas suivants :

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

Dans tous ces cas, un constat de carence est dressé. Le cas échéant la section à l'origine de la situation de carence est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation dans les meilleurs délais. Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant ce constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à cette instance jusqu'à ce qu'il soit remédié à la situation de carence.

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

Article 11- Comité technique interprofessionnel de modernisation des échanges (COTIP)

Il est mis en place un comité technique interprofessionnel de modernisation des échanges (COTIP).

• Composition et installation du COTIP

Le comité est composé :

- de représentants de l'Assurance Maladie obligatoire,
- de représentants de l'UNPS.

Des représentants de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire participent également à ce comité dès lors qu'elle est signataire du présent accord

Le comité est mis en place par le comité de suivi de l'accord.

- **Mission du COTIP**

Il travaille sur les travaux techniques définis par le CSA dans sa feuille de route.

Ces travaux portent notamment sur :

- l'équipement de l'ensemble des professionnels de santé du socle technique minimal pour pouvoir intégrer dans de bonnes conditions les nouveaux outils de la coordination : messagerie sécurisée, DMP, prescription électronique, etc, et la rationalisation des versions déployées sur le terrain ;
- les projets d'outils mis à disposition des professionnels de santé : outils de coordination, téléservices, facturation, etc ;
- l'interopérabilité des systèmes d'information facilitant les échanges entre professionnels de santé (y compris dans le cadre du développement de la télémédecine ;
- la structuration des données dans les logiciels métier pour faciliter les échanges entre professionnels de santé et optimiser le suivi des patients et patientèle ;
- les démarches mises en place pour simplifier les conditions d'exercice des professionnels de santé évoquées notamment au titre 3 du présent accord.

Ces travaux, plus généralement orientés autour des pratiques de la facturation, de la stratégie des systèmes d'informations, de la stratégie métier (mobilité, ...) et des projets transversaux, doivent être menés en cohérence avec les éditeurs de logiciels afin qu'ils puissent garantir l'ergonomie et la facilité d'usage attendues par les professionnels de santé.

Le COTIP est régulièrement informé de l'avancée des travaux sur la mise en œuvre et le déploiement de la e prescription.

Les membres du COTIP sont destinataires des documents techniques mis à disposition de l'ensemble des partenaires (industriels, éditeurs et fournisseurs de solutions informatiques pour les professionnels de santé).

- **Réunions et tenue du secrétariat**

Il se réunit au moins quatre fois par an et en tant que de besoin.

Les convocations sont adressées, par voie électronique, par le secrétariat du comité de suivi de l'accord aux membres du comité, quinze jours avant la date de la réunion, accompagnées de l'ordre du jour établi par le secrétariat du comité de suivi de l'accord, après avis favorable du président et du vice-président du comité de suivi de l'accord.

Les deux sections s'engagent à être toujours représentées dans des conditions permettant le fonctionnement du comité. Le comité est présidé par un professionnel de santé libéral, représentant de l'UNPS.

En cas de difficulté de fonctionnement, le comité de suivi de l'accord est saisi.

Titre 6 - Durée et conditions d'application de l'accord

Article 12- Durée et résiliation de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur du texte.

Il peut être résilié par les parties, soit par décision de l'UNCAM, soit par décision de l'UNPS, dans les cas suivants :

- non-respect grave et répété des engagements de l'accord du fait de l'une des parties ;
- modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'Assurance Maladie et les professions de santé pour lesquelles le présent accord est applicable.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à tous les signataires du présent accord et prend effet à l'échéance d'un délai de six mois. Durant ce délai, l'UNCAM ouvre des négociations en vue de la conclusion d'un nouvel accord dans les conditions prévues par la réglementation.

L'accord cadre arrivé à échéance ou résilié continue de produire ses effets jusqu'à la publication au Journal Officiel d'un nouvel accord cadre.

Article 13- Modalités de révision de l'accord

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

Article 14- Application et conséquences pour les professions de santé

- **Application de l'accord**

Le présent accord est applicable aux professions de santé dont au moins un syndicat représentatif est signataire de l'accord, sauf opposition valablement formée par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives de la profession, dans les conditions prévues à l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale.

Les organisations syndicales des professions de santé signataires du présent accord ainsi que l'Assurance Maladie s'engagent à reprendre et décliner dans le cadre des conventions nationales les principes qui sont présentement actés.

Une organisation syndicale représentative signataire peut décider de dénoncer son adhésion au présent accord en cas de non-respect grave et répété des engagements de l'accord du fait de l'une des parties ou de modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions de santé pour lesquelles le présent accord est applicable.

Si cette organisation syndicale est la seule, ou la dernière, organisation syndicale représentative signataire pour la profession, la dénonciation de la signature conduit à rendre inapplicable l'accord à la profession concernée.

La dénonciation doit s'effectuer par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à tous les signataires du présent accord.

- **Notification**

Les caisses d'assurance maladie informent les professionnels de santé qui sollicitent leur adhésion à une convention nationale des textes applicables, aussi bien les conventions nationales que le présent accord cadre.

L'Assurance Maladie obligatoire met à disposition des professionnels de santé, sur son site internet, le présent accord cadre dans un délai d'un mois suivant sa publication au journal officiel.

Article 15- Contribution de fonctionnement de l'Union Nationale des Professionnels de Santé

L'article L. 182-4 du code de la sécurité sociale prévoit que l'Union nationale des professionnels de santé reçoit une contribution annuelle à son fonctionnement de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie.

Le montant de cette contribution ainsi que ses modalités de versement et de contrôle sont définis à l'annexe 1 du présent accord cadre.

Fait à Paris, le

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie,
Le Directeur Général, Nicolas REVEL

Et

L'Union Nationale des Professionnels de Santé,
La Présidente, Jocelyne WITTEVRONGEL

Annexe 1 : Contribution de fonctionnement de l'Union Nationale des Professionnels de Santé

Conformément à l'article L. 182-4 du code de la sécurité sociale, l'Union nationale des professionnels de santé reçoit une contribution annuelle à son fonctionnement de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie.

Cette contribution de fonctionnement correspond aux seules dépenses de gestion dûment justifiées et engagées pour l'exercice des missions de l'UNPS définies par le cadre législatif et réglementaire.

1. Fixation et montant de la dotation

Le montant annuel de la contribution de fonctionnement est fixé à un montant de 800 000 euros.

Ce montant peut être revu par voie d'avenant au présent accord.

2. Conditions de versement de la dotation

- Modalités de versement de la dotation

La Cnam effectue les versements à l'UNPS.

Ce versement s'effectue au début de chaque trimestre (terme à échoir), sur la base de 100 % de l'état prévisionnel annuel, lui-même établi dans la limite de la dotation fixée pour l'année d'exercice.

- Etat budgétaire prévisionnel annuel

L'UNPS s'engage à transmettre avant le 15 décembre de l'année n-1 un état budgétaire prévisionnel annuel des dépenses de l'année n, dans la limite de la dotation fixée pour l'année n. Les états budgétaires prévisionnels annuels doivent être signés par le président et le trésorier de l'UNPS.

- Etat récapitulatif annuel des dépenses supportées

A l'issue de l'exercice de l'année n et au plus tard au 30 avril de l'année n+1, l'UNPS s'engage à présenter à la Cnam, un état récapitulatif attestant des dépenses supportées au cours de l'exercice n. Les états récapitulatifs annuels originaux doivent être signés par le président et le trésorier de l'UNPS. Ils sont certifiés conformes aux écritures comptables par un commissaire aux comptes.

L'état récapitulatif annuel est détaillé par poste de dépenses et de recettes.

Dans l'hypothèse où l'état fait apparaître un montant inférieur à celui versé par la Cnam au titre de l'année considérée, le montant de cette différence (budget non consommé) est reporté sur le budget de l'année n+1.

Dans l'hypothèse où l'état ferait apparaître un montant supérieur à celui versé par la Cnam, au titre de l'année considérée, la Cnam ne participerait pas aux dépenses supplémentaires qui

résulteraient du dépassement du budget prévisionnel annuel des dépenses.

L'UNPS tient, en son siège, à la disposition de la Cnam, les justificatifs de l'ensemble des dépenses engagées pour le fonctionnement de l'UNPS. Elle s'engage à présenter à la Cnam, au plus tard au 30 avril de l'année n+1 :

- une attestation établissant que la contribution de fonctionnement versée correspond aux seules dépenses de gestion dûment facturées et engagées pour l'exercice des missions réglementairement prévues pour l'UNPS ;
- un rapport d'activité retraçant l'ensemble des activités de l'UNPS au cours de l'année n.

3. Contrôles de l'utilisation de la dotation

- Compte de résultat et bilan comptable

L'UNPS s'engage à produire, à l'appui des états de dépenses annuelles, le compte de résultat et le bilan comptable, signés de son président et de son trésorier et certifiés conformes aux écritures comptables par son commissaire aux comptes au plus tard au 30 avril de l'année suivant l'exercice.

- Contrôle de l'utilisation des fonds

La Cnam a la faculté à tout moment de faire procéder par l'intermédiaire de ses agents, à des contrôles sur pièces ou sur place en ce qui concerne la gestion de la contribution. Ces agents peuvent, 15 jours après information de l'UNPS de leur habilitation à cet effet donnée par le directeur général de la Cnam, se faire présenter tous documents justificatifs pour mener à bien leur mission, sans que l'UNPS puisse s'y opposer. Ces agents peuvent, si nécessaire être accompagnés d'auditeurs externes.

Si des irrégularités de gestion étaient constatées à cette occasion, la Cnam notifie par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à l'UNPS, le détail des sommes réclamées en l'invitant à présenter, si elle le souhaite, des observations écrites dans un délai d'un mois. A l'issue de ce délai et au regard des éventuelles observations présentées par l'UNPS, la Cnam se réserve la possibilité d'engager les poursuites nécessaires de déduire des versements suivants et/ou de récupérer immédiatement les sommes versées qui auraient été utilisées pour financer toute dépense étrangère au fonctionnement de l'UNPS, dans le cadre de l'exercice de ses missions propres. Le lancement de cette procédure ne peut intervenir que quinze jours au minimum après information des membres du comité de suivi de l'accord.