

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

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

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

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

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

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

Le contrat conclu entre la CPTS, l'Agence Régionale de Santé (ARS) et l'Assurance Maladie (CPAM/CGSS) est co-construit et comporte des dispositions individualisés sur les moyens engagés et les objectifs fixés.

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

I. Modalités de contractualisation des communautés professionnelles à l'ACI des CPTS

a. Eligibilité des CPTS

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

Elles peuvent être composées de :

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

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

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

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

communautés dans la mesure où l'intervention des deux communautés sur un même territoire ne serait pas compréhensible et lisible pour la population et les professionnels de santé.

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

b) Statut juridique des CPTS

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

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

- souple : les professionnels peuvent définir dans les statuts les règles de gouvernance de leur choix

- inclusif : l'association peut compter parmi ses adhérents des personnes physiques et des personnes morales (établissements de santé ou médico-sociaux, centres de santé, par exemple).

- simple d'usage : constitution par simple dépôt des statuts en préfecture, procédure d'adhésion peu formalisée

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

c) Mode de contractualisation CPTS/AM/ARS

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

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

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

II. Missions des communautés professionnelles

A. Les missions prioritaires

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour réaliser cette mission, les communautés identifient les organisations déjà existantes afin de définir les solutions d'organisation qui pourraient être proposées au regard des besoins

identifiés dans le cadre du diagnostic territorial (par exemple : plages de soins non programmés à ouvrir, rôle des maisons de garde hors organisation de la PDSA, accès simple à des examens de radiologie/biologie, mise en place de protocoles entre professionnels de santé ...).

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

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

1.c. Développer le recours à la télésante

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

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

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

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

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

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

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

B. Les missions complémentaires et optionnelles

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

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

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

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

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

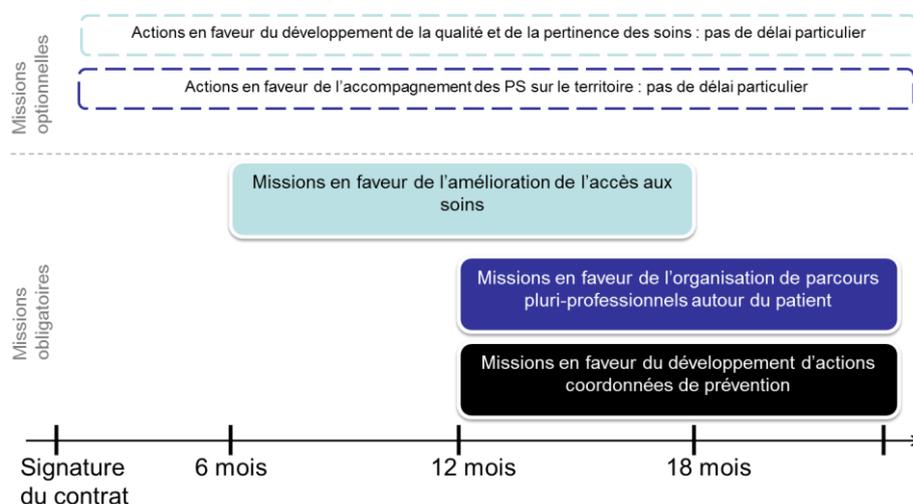
Afin de faciliter l'installation des professionnels, notamment dans les zones en tension démographique, l'objectif de cette mission pour la CPTS est d'organiser des actions de nature à mettre en avant le caractère attractif d'un territoire (présentation de l'offre de santé du territoire, compagnonnage,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

C. Calendrier de déploiement des missions prioritaires et complémentaires

Afin de tenir compte du délai nécessaire aux acteurs pour s'organiser, construire et déployer les missions choisies mais également la nécessité d'apporter rapidement des réponses aux besoins exprimés par la population, notamment sur l'accès aux soins facilité, les CPTS en

souscrivant à l'accord conventionnel s'engagent à mettre en place les 3 missions prioritaires dans le respect du calendrier suivant.

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



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

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

III. Le financement conventionnel des CPTS

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

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

1. Financement du fonctionnement de la CPTS

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

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

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

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

2. Financement des missions mises en œuvre par la CPTS

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

2.a. Le financement fixe des missions

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

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

Ces outils doivent :

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

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

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

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

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

- du niveau d'atteinte des objectifs définis contractuellement (les objectifs peuvent être différenciés pour chaque année du contrat) par les trois partenaires (ARS, Assurance Maladie, CPTS).

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

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

Il convient de distinguer :

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

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

IV. Montant des financements alloués

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

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

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

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

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

V. Modalités de versement du financement prévu par l'ACI

1. Versement du volet financement du fonctionnement de la CPTS

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

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

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

2. Versement du volet de financement consacré aux missions

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

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

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

Table 1 – Modalités de suivi du contrat

Quelles modalités de suivi du contrat ?

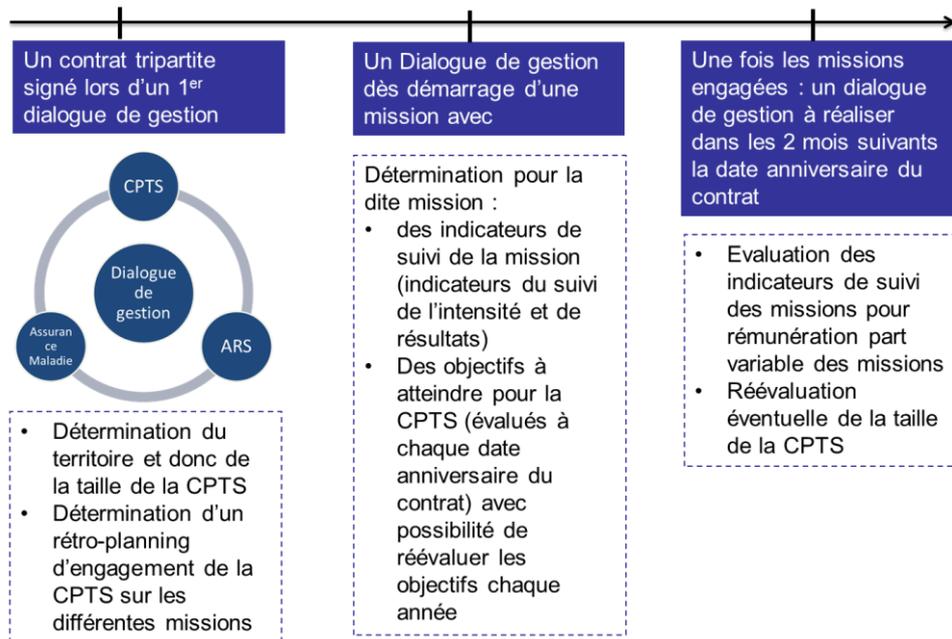
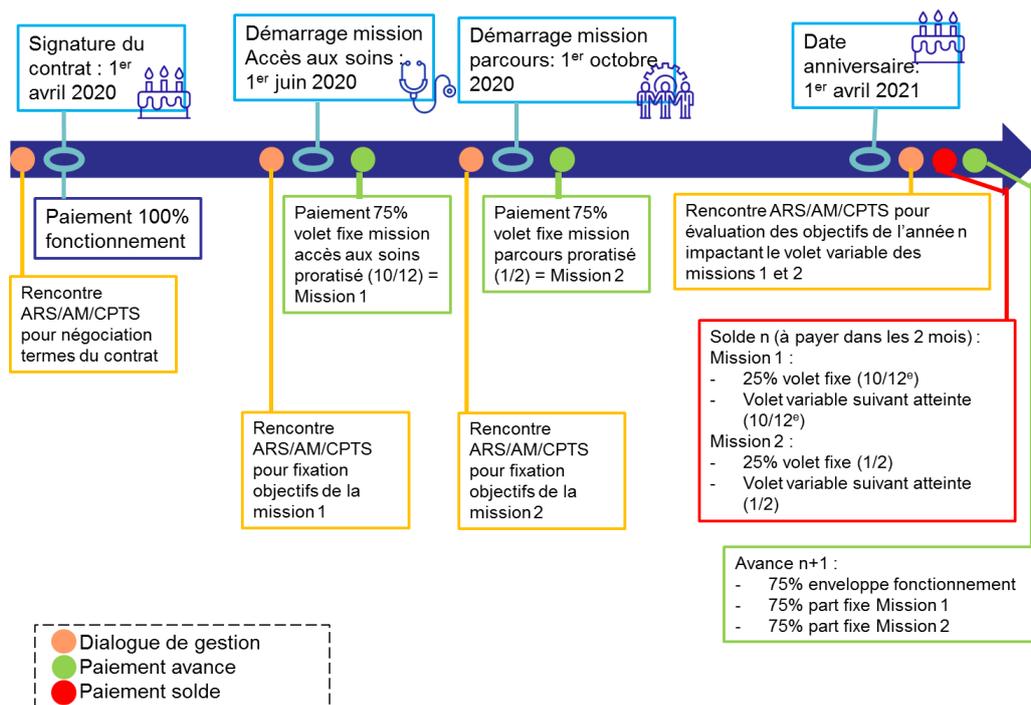


Table 2 - Exemple de modalités de versement du financement



Liste des organisations syndicales représentatives des professions de santé ayant signé l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

(Liste arrêtée au 30 juillet 2019)

- Fédération Française des Médecins Généralistes
- Confédération des Syndicats Médicaux Français
- Syndicats des Médecins Libéraux
- Chirurgiens-Dentistes de France
- Union Dentaire des Chirurgiens-Dentistes
- Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes
- Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes
- Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux
- Fédération Nationale des Infirmiers
- Convergence Infirmière
- Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs
- Union Nationale des Syndicats de Masseurs-Kinésithérapeutes Libéraux
- Fédération Nationale des Orthophonistes
- Syndicat National Autonome des Orthoptistes
- Fédération Nationale des Podologues

Chambre Nationale des Services d'Ambulances
Fédération Nationale des Transporteurs Sanitaires
Fédération Nationale des Ambulanciers Privés
Fédération nationale des centres de santé
Croix Rouge Française
Fédération des Mutuelles de France
Fédération Nationale de la mutualité française
Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles
Union Nationale des Associations d'Aide à Domicile en Milieu Rural
Adessadomicile
Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines
Fédération Nationale des Institutions de Santé et d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne
Confédération des Centres de Santé
Syndicat des Biologistes
Syndicat National des Médecins Biologistes
Syndicat des Laboratoires de Biologie Clinique
Syndicat des jeunes biologistes médicaux
Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France
Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine
Syndicat National des audioprothésistes
Fédération Nationale des Opticiens de France
Fédération Française des Podo-Orthésistes
Union française des Orthoprothésistes
Syndicat National de l'Orthopédie Française
Syndicat National des Entreprises de l'Audition