

Compte-rendu de réunion

CPR CPTS	
Présents	<p>Section professionnelle : Florence Lapica ; Yannick Frezet ; Charles-Henry Guez ; Philippe Rey ; Catherine Jamet ; Christelle Baës ; Max Lacroix ; Myriam Prost ; Bruno Sarrodet ; Mélanie Sérieux ; Eric Flatin ; Karine Gestas ; Denis Dardelet ; Sébastien Roubinet ; Sonia Jouve ; Marie-Line Boucharenc ; Jean Redoux ; Pascal Roux ; Christophe Tempère ; François Mayer ; Audrey Chova ; Gilles Chalot ; Frédéric Raynaud ;</p> <p>Section sociale : Joëlle Condat-Cuny ; Hélène Cardinale ; Edmond Guillot ; Emmanuelle Lafoux ; Maylis Manson ; David Xardel ; Maxime Beltier ; Laurent Blardone ; Sébastien Goyard ; Gilles Verne ; Isabelle Vernholles ; Marie-Noëlle Gaben ; Clémence Kremer ; Sophie Ménéstrier ; Denis Martin ; Guy Ginon</p> <p>Voix consultatives : Philippe Marissal (F CPTS), Yoann Martin (FemasAura), Marie-Catherine Time (France Asso Santé), Sophie Lefèbvre (URPS Orthophonistes) ; Franck Hurlimann (URPS MK) ; Séverine Batih (ARS)</p> <p>Secrétariat : Dominique RONDOT - DCGDR</p>
Excusés	<p>Section professionnelle : Béatrice Chazalet ; Guillaume Deléglise ; Estelle Josien ; Frédéric Framont ; Lakhdar Hammiche</p> <p>Section sociale : Eléonore Alter-Ferotin ; Dominique Saint-Paul ; Jean-Clément Mucchielli</p>
Date de la réunion	Mercredi 9 juin 2021
Lieu de la réunion	Visio
Présidence	<p>Présidente de la section professionnelle : Dr Florence Lapica (uniquement pour la séance de ce jour)</p> <p>Présidente de la section sociale : Emmanuelle Lafoux</p> <p>Président de la CPR en 2021 : Emmanuelle Lafoux</p>

RAPPEL DE L'ORDRE DU JOUR

Point 1 : Installation de l'instance – désignation des membres

Point 2 : Désignation des présidents des 2 sections et du président en 2021 de la CPR

Point 3 : Rappel des missions dévolues et règlement intérieur de l'instance

Point 4 : Etat des lieux du déploiement des CPTS en région AuRA

Point 5 : Rappel des principales dispositions de l'ACI et ordonnance du 12 mai 2021

Point 6 : Bilan des paiements conventionnels versés aux CPTS

Point 7 : Accompagnement des CPTS

Point 8 : Questions diverses

Point 1 : Installation de l'instance – désignation des membres

Cf. diaporama

Mme Kremer présente la composition de l'instance.

Quarante-deux organisations syndicales représentatives ont signé l'ACI CPTS paru au JO le 24/08/2019, dont dix centres de santé. L'Union dentaire bénéficiait d'un siège mais a perdu sa représentativité et ne sera pas représentée au sein de cette instance.

Pour la section sociale, 80% des sièges sont attribués au régime général et 20% à la MSA, chaque membre pouvant avoir jusqu'à 3 voix.

Des membres consultatifs sont également représentés. Il s'agit de l'ARS, de la FemasAura, de la Fédération des CPTS, de France Asso Santé (représentant les usagers) et des trois URPS. Exceptionnellement, tous les URPS ont été invités à la session de ce jour.

Point 2 : Désignation des présidents des 2 sections et du président en 2021 de la CPR

Mme Lafoux rappelle que, lors de la première réunion, chaque section désigne son président parmi les représentants membres de l'instance. Les représentants professionnels n'ayant pas eu l'occasion de se concerter en amont, elle propose à la section professionnelle de désigner un président uniquement pour la séance de ce jour. Le Dr Lapica se propose d'assurer pour la présente réunion cette fonction. En l'absence d'opposition, le Dr Lapica assure la présidence pour la réunion du 9 juin 2021.

Le Dr Lapica suggère que la section professionnelle se retrouve en présentiel pour échanger avant la prochaine CPR et ainsi désigner son président.

La prochaine CPR se tiendra en mixte présentiel/distanciel.

Pour la section sociale, Mme Lafoux présente sa candidature. En l'absence d'autres candidats, Mme Lafoux est désignée à l'unanimité présidente de la section sociale. Au regard du texte conventionnel, la présidence de la CPR est dévolue la première année à la section sociale, soit à Mme Lafoux.

Point 3 : Rappel des missions dévolues et règlement intérieur de l'instance

Missions de la CPR

La CPR a pour mission d'assurer le suivi du présent accord au niveau régional et a notamment pour objet de :

- veiller au respect des dispositions de l'ACI au niveau régional,
- suivre la montée en charge des contrats conclus conformément au contrat type national annexé à l'ACI,
- émettre un avis en cas de difficultés de mise en œuvre des contrats conclus conformément au contrat type
- suivre l'impact des missions mises en œuvre par les CPTS de la région sur l'offre de soins.

Modalités de fonctionnement

- Secrétariat : assuré par la cellule de coordination régionale de la gestion du risque (DCGDR)
- Organisation des réunions : une fois par an en tant que de besoin, à la demande de chaque section et au minimum une fois par an (il sera proposé en fin de séance de tenir une commission supplémentaire cette année)
- Délibération des commissions : nécessaire parité entre section et quorum. Les votes sont à la majorité simple des voix. Les délibérations sont tenues secrètes donnant lieu à un relevé de décisions

- Indemnisation des membres : pour la section professionnelle, l'indemnisation est identique à celle prévue dans les conventions nationales. Pour les membres consultatifs, uniquement les frais de déplacement sont pris en charge.

Mme Lafoux indique qu'il était prévu de proposer la tenue de la prochaine CPR en visio mais suite à la suggestion du Dr Lapica, il peut être envisagé de tenir cette commission en mixte présentiel et distanciel.

Point 4 : Etat des lieux du déploiement des CPTS en région AuRA

Cf. diaporama

Mme Kremer présente des données actualisées sur le déploiement des structures en AuRA.

Etat des lieux

Il y a 96 projets CPTS dans la région, dont 20 contrats ACI CPTS signés, 25 pré-projets validés et 50 dynamiques.

Sur les contrats 20 contrats ACI signés, on note une dynamique dans le temps. La région est la première région à avoir signé un contrat (dans le Rhône).

La caractéristique de la région est d'avoir des CPTS de petite taille.

Comparatif avec d'autres régions

D'autres régions ont des dynamiques fortes telle que l'Île-de-France dont 20% de la population est couverte par une CPTS. En AuRA, le taux est de 15%.

M. Mayer demande s'il sera possible de communiquer la liste nominale des CPTS des contrats signés et des projets afin d'avoir une photographie des CPTS sur le territoire

Mme Kremer répond que cela sera annexé au compte-rendu *[le fichier a été envoyé aux membres de la CPR dès la fin de la commission]*.

Mme Jouve demande s'il est possible avoir le nom du président et de son contact pour chaque CPTS.

Mme Kremer indique qu'il s'agit de données à caractère individuel et sauf accord explicite des porteurs de projets, il n'est pas possible de communiquer leurs coordonnées. Elle précise que les professionnels de santé peuvent se rapprocher des institutions locales pour pouvoir contacter les professionnels du projet.

Pour répondre à Mme Time, Mme Kremer confirme que tous les pré-projets validés ne figurent pas sur la carte présentée en séance. Pour ceux validés récemment, il n'y a pas eu de communication de la liste des communes concernées au niveau régional et ils n'ont pas pu être cartographiés. Cette carte sera actualisée dès que la liste des pré-projets concernés sera connue.

Le Dr Guez indique qu'il est important pour les professionnels de santé de connaître les porteurs de projet et souligne l'importance de cette commission d'avoir un maximum d'informations. Il comprend la réglementation mais ajoute qu'il est compliqué de suivre plusieurs groupes et forums pour avoir une vision globale.

Mme Lafoux répond que toutes les données sont disponibles au niveau local.

Mme Kremer ajoute qu'il y a une réflexion en cours avec l'ARS pour faire signer au porteur de projet l'autorisation de communiquer ses coordonnées. Elle poursuit en indiquant qu'il y a des projets de CPTS dans tous les départements. Les couvertures territoriales ne couvrent pas l'ensemble du territoire régional même s'il y a beaucoup de dynamique.

Le Dr Lapica confirme le grand nombre de projets de CPTS sur la région et souligne la nécessité de laisser le temps aux porteurs de projet de se développer. Il est important que chaque équipe prenne le temps dont elle a besoin. Il y a des territoires où les professionnels de santé se connaissent davantage et peuvent donc aller plus vite. Les institutions doivent prendre cela en compte.

Mme Lafoux prend bonne note de l'alerte du Dr Lapica sur le sujet.

Point 5 : Rappel des principales dispositions de l'ACI et ordonnance du 12 mai 2021

Cf. diaporama

Les missions obligatoires

Chaque CPTS existante signataire de l'ACI doit mener des actions sur les thématiques suivantes :

- Mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (en facilitant l'accès à un médecin traitant et en améliorant la prise en charge des soins non programmés de ville)
- Parcours pluri-professionnels autour du patient
- Actions territoriales de prévention

Les missions optionnelles

- Actions en faveur de la qualité et la pertinence des soins
- Actions en faveur de l'accompagnement des PS sur le territoire

Calendrier de déploiement

Il définit un délai minimal et maximal pour le déploiement des actions après la signature du contrat

- pour les missions obligatoires : mise en place entre 6 et 24 mois après la signature du contrat
- pour les missions optionnelles : pas de délai particulier

Financements

Il y a un double financement de la CPTS : un pour le fonctionnement de la structure et un pour chaque mission engagée.

En sus de ce financement, un financement est engagé selon la taille de la CPTS

Les financements totaux possibles sont compris entre 220 000 euros et 450 000 euros.

Chaque CPTS dispose d'une liberté d'appréciation quant à l'utilisation et l'affectation des fonds alloués (réinvestissement dans des outils de coordination, compensation du temps passé par les professionnels de santé pour la réalisation des missions, ...).

Concernant les missions obligatoires et plus particulièrement la mission du parcours pluri-professionnel autour du patient, Mme Jamet indique que le projet doit être issu de la problématique du territoire mais que l'Assurance maladie impose le parcours Insuffisance Cardiaque (IC) ou le parcours ostéoporose fracturaire. Il faut informer les professionnels en réflexion de ces deux parcours.

Le Dr Lapica confirme que plusieurs CPTS avaient d'autres projets, notamment sur l'addiction, et que l'Assurance maladie les a amenées à ce qu'elles se dirigent vers ces deux thématiques. Si c'est une décision de l'Assurance maladie d'inclure un de ces deux parcours au projet, il faut prévenir les équipes du terrain pour ne pas perdre de temps à travailler sur d'autres thématiques.

Mme Lafoux répond que plusieurs projets ont été signés sans ces thématiques. Elles n'ont pas de caractère obligatoire mais l'Assurance maladie a un vrai sujet sur l'insuffisance cardiaque et ce parcours est proposé systématiquement sans pour autant être imposé. Elle note que l'Assurance maladie doit clarifier sa position sur ce sujet.

Mme Cardinale indique que l'Isère a signé le 20/05/2021 un troisième contrat à la Mûre et que la démarche n'a pas été imposée. En fonction des indicateurs sanitaires du territoire, l'Assurance maladie poussera un thème plutôt qu'un autre. La problématique de l'insuffisance cardiaque est très présente et est discutée avec les porteurs de projet. S'ils souhaitent intégrer ce parcours, ils sont alors accompagnés sur cette thématique plus spécifiquement par le Service médical. Il s'agit d'une démarche discutée et négociée. Pour La Mûre, le parcours ostéoporose fracturaire n'a pas été proposé. Les parcours sont suggérés dans une logique de co-construction de l'accompagnement.

Le Dr Lapica insiste sur l'importance de bien rester sur la réalité des territoires même si des analyses montrent d'autres choses. Il est primordial de se baser sur le vécu des professionnels du territoire. Si un territoire veut travailler sur les addictions qui posent problèmes aux professionnels de santé dans leur travail quotidien, cela doit ressortir dans le projet de CPTS.

Mme Lafoux indique que le parcours IC pourra être modélisé pour d'autres parcours. Il n'y a pas de parcours obligatoire mais il peut y avoir une incitation.

M. Guillot ajoute que la CPAM de Savoie a pris la précaution de présenter les deux parcours pour les trois contrats signés. Le parcours IC a été intégré tout comme d'autres types de parcours issus des souhaits des porteurs (personnes âgées, santé mentale). Ces sujets étaient déjà engagés au niveau des territoires. Le but de l'Assurance maladie est d'accompagner la dynamique existante. Il y a des indicateurs qui montrent qu'il y a un besoin d'intégrer l'IC dans les contrats.

Le Dr Ménestrier précise que le Service médical est là pour co-construire les projets auprès des professionnels de santé. Le Service médical travaille sur l'IC depuis longtemps et a beaucoup de données sur cette thématique qui touche tous les territoires avec des marges de progrès atteignables. Les parcours sont suggérés et il est possible de travailler sur d'autres sujets et, à termes, d'autres pathologies seront proposées avec des données fiables.

Mme Time rappelle que France Asso Santé AuRA est très impliqué dans les comités de pilotage ARS/Assurance maladie et souhaite impliquer plus largement la participation des usagers dans les projets des CPTS. Cela n'est pas possible actuellement car il faudrait un nombre important d'usagers. Il serait souhaitable que les porteurs de projets se rapprochent des représentants des usagers qui siègent au sein des comités départementaux. Cela induirait une implication plus précise sur des projets, éventuellement une participation à la gouvernance et proposer un accompagnement ponctuel des CPTS sur leurs parcours en mettant à disposition des outils et des méthodes des associations sur les territoires.

Mme Lafoux confirme que le souhait de travailler en lien avec les patients est très partagé. Elle propose de récupérer la composition des comités départementaux et de la partager avec les membres de l'instance. Mme Time a le détail de la composition des conseils. Les associations qui travaillent au niveau infra-départemental ont des compétences sur les parcours de santé tel que le diabète, les pathologies cardio-vasculaire, le handicap, les personnes âgées et pourraient apporter leurs compétences.

Selon le Dr Lapica, le partage de coordonnées est très important car cela manque à l'heure actuelle.

M. Marissal confirme les propos de Mme Jamet et du Dr Lapica concernant les missions obligatoires. Il remercie l'Assurance maladie de travailler sur des sujets économiquement intéressants mais ce sont des sujets nationaux. Il rappelle que les CPTS sont un outil mis à disposition des professionnels de santé pour pouvoir travailler avec le médico-social sur le territoire. Les missions doivent donc être issues des territoires. L'IC et l'ostéoporose ne sont pas pluri-professionnels. Il est plus pertinent de faire émerger des projets réellement issus du territoire plutôt que d'inciter à intégrer certains parcours.

M. Mayer remarque que les acteurs que sont les structures en charge du maintien à domicile sont peu présents. Il demande comment peuvent être représentés les professionnels en charge du maintien à domicile.

Mme Lafoux répond que l'aide à domicile regroupe beaucoup de typologie de services. Les acteurs du maintien à domicile peuvent être membre de la CPTS à travers une des professions. Il y a toujours la préoccupation de travailler avec les acteurs du maintien à domicile dès que le sujet de la personne âgée est abordée. Ces institutions sont appelées à être partenaires des CPTS si elles n'en sont pas membres.

M. Mayer indique qu'il faudrait encourager les structures à se présenter auprès des CPTS pour savoir si elles peuvent adhérer ou être des partenaires invités.

Mme Lafoux remarque que dans la ruralité ce lien est natif mais n'est pas présent en milieu urbain. Il est important de se connaître et toutes les démarches en ce sens sont intéressantes.

Mme Jouve confirme que les professionnels ne se connaissent pas et qu'il faudrait de la pluridisciplinarité dès le début de la réflexion.

Mme Time ajoute que cela est d'autant plus important que des gestes de délégation de soins sont confiés aux accompagnants à domicile. Elle ajoute qu'il faut utiliser le terme d'accompagnement à domicile plutôt que celui de maintien à domicile.

Mme Lafoux confirme que la question de l'équipe soignante accompagnant le patient devient de plus en plus importante.

Ordonnance du 21 mai 2021

L'ordonnance a été publiée au JO le 12 mai 2021 et a pour objectif d'adapter le cadre juridique et fiscal des MSP et CPTS afin d'assouplir l'encadrement de ces exercices.

Il est prévu le déploiement d'un statut associatif obligatoire unique. L'idée est de faire basculer les CPTS ayant un autre statut vers celui-ci. Cela permettra également le versement d'indemnités aux membres de la CPTS sans risque fiscal.

Des décrets sont en attente de publication et préciseront les conditions de versement d'indemnités ou de rémunérations au profit des membres de la CPTS ainsi que leur montant annuel maximum.

Le Dr Guez déplore le nombre important de textes réglementaires. Il demande si le secrétariat pourrait réfléchir à une mise à disposition complète des textes à l'ensemble des membres de la commission. Cela permettra également une montée en compétence de chaque professionnel de santé sur ce sujet.

Mme Lafoux répond qu'une réflexion sera menée sur la manière de mettre à disposition les textes. Elle ajoute que l'Assurance maladie essaie de simplifier au maximum le montage des dossiers.

Mme Time indique que la question des outils numériques à disposition des CPTS est posée régulièrement. Elle demande s'il pourrait y avoir une plateforme réservée aux informations des CPTS et ouverte au dialogue des professionnels concernés. Elle abordera ce sujet lors du Cosis.

Le Dr Guez indique qu'il y a déjà un outil patient avec le réseau social de professionnels de santé qui est centré patient. Les outils sont proches et il faut une convergence.

Mme Lafoux répond que l'offre régionale est significative et de qualité et que beaucoup d'acteurs y ont recours.

Le Dr Lapica ajoute que le Sisra est très utilisé et nommé tout le temps dans les CPTS mais il faut former les quelques professionnels qui n'ont pas encore l'habitude de l'utiliser.

Le Dr Guez indique que ce sujet à l'ordre du jour de l'URPS Médecins. Il faut qu'il y ait de l'usage pour que ces systèmes soient suffisamment utilisés et cela passe par la formation.

Point 6 : Bilan des paiements conventionnels versés aux CPTS

Au 1^{er} juin 2021, 19 CPTS ont bénéficié d'un versement en région AuRA au titre de l'ACI CPTS. Le montant total versé par l'Assurance maladie est de 2,2 millions d'euros au titre du fonctionnement et des missions depuis le démarrage du dispositif en septembre 2019.

Point 7 : Accompagnement des CPTS

Approche partenariale

Les contrats tripartites sont signés par les CPTS, l'Assurance maladie et l'ARS. Pour autant d'autres acteurs interviennent. L'accompagnement des porteurs de CPTS est partagé avec l'ensemble des acteurs, tels que la FemasAura, Fédération CPTS, URPS, Ordres, GRCS, Fédé hospitalières, Conseil régional/départemental, représentants usagers, collectivités et GCS Sara.

L'Assurance maladie a des référents des organisations coordonnés (ROC) qui ont vocation à être les interlocuteurs privilégiés des porteurs de projet.

Le Dr Martin ajoute que la MSA s'inscrit dans le dispositif de l'accompagnement des CPTS. La MSA peut contribuer à la réalisation de diagnostics territoriaux et peut proposer des actions de prévention dans le cadre des missions obligatoires.

Outils d'accompagnement pour les CPTS

Mme Kremer présente différents outils de l'Assurance maladie à disposition des porteurs de projet (liste non exhaustive) :

- communication : dépliant présentant ce qu'est une CPTS et rappelant la vocation de la CPTS ainsi que ses objectifs. Les correspondants CPAM en disposent et peuvent le remettre sur demande.
- profil patientèle : permet de voir comment se compose le recours aux professionnels de santé, le recours aux soins comparé à ce qui se passe dans le département.
- profil qualité des pratiques : il s'agit d'une déclinaison de la ROSP et permet de rendre compte de la qualité de la prise en charge globale des patients sur le territoire de la CPTS, comparée aux résultats du département.
- profil taux de fuite : présente la part des habitants de la CPTS qui ont eu uniquement recours à des professionnels installés en dehors de la CPTS, par profession de santé en ville. Cet outil permet d'identifier les professions de santé à fort taux de fuite sur le territoire.
- profil pathologie : fournit une photographie du parcours de soins du patient sur le territoire de la CPTS en le comparant à celui de patients atteints de la même pathologie du département
- assistants médicaux : permet de calculer la potentialité du dispositif en fonction du territoire de la CPTS. Lorsque un médecin travaille avec un assistant médical, il a un potentiel d'augmenter sa file active.
- Guide régional d'accompagnement des porteurs de CPTS : cet outil ARS/Assurance maladie explique la démarche et sera diffusé prochainement après réactualisation. Une diffusion de la nouvelle version sera faite vers les membres de la CPR.
- Rezone CPTS : outil national qui permet de manière interactive à obtenir des données statistiques sur un territoire (population, indicateur des missions des CPTS, offre de soins, ...). Un rapport dynamique peut ensuite être édité.
- Accélérateur national CPTS : consiste à proposer à des CPTS rencontrant un blocage d'être accompagnées pour lever ces freins à l'avancée du projet.

Mme Cardinale confirme que la CPTS de Grenoble a eu recours à l'accélérateur sur la gouvernance permettant de rallier et de convaincre un maximum de partenaires. Cette CPTS a trouvé la méthode simple et efficace, elle aurait souhaité avoir un prolongement car la séquence s'est déroulée en une seule fois et elle aurait aimé un accompagnement plus long. Cette démarche a vocation de se déployer plus largement

Le Dr Guez revient sur les assistants médicaux. Leur recrutement a été grandement favorisé dans les territoires déserts mais aussi dans les zones telles que la métropole de Lyon. Il regrette la limitation à un mi-temps par l'Assurance maladie. Si cette limitation sautait, cela permettrait d'augmenter encore plus leur patientèle. Il y a des CPTS dynamiques où plus les professionnels de santé sont accompagnés par les assistants médicaux, plus l'accès aux soins est facilité.

Mme Batih demande qui intervient dans le cadre de l'accélérateur.

Mme Cardinale répond que la CNAM a sollicité un prestataire de service. Les porteurs de projet viennent avec un thème qu'ils ont choisi et discutent avec ce prestataire qui les accompagne dans le processus. Elle n'a pas plus d'information sur la méthode induite.

Mme Kremer confirme que des prestataires externes ont été retenus pour accompagner les porteurs de projet et, dans ce cadre, l'équipe nationale a une approche participative.

Mme Cardinale souhaiterait que ces démarches se démultiplient au niveau régional. Elle ajoute que l'Isère va expérimenter un webinaire « zone atone » et va essayer sur ces zones de réunir l'ensemble des professionnels de santé libéraux, MSP, centres de santé, et élus pour présenter le dispositif CPTS en apportant des témoignages. Ce webinaire n'est pas destiné aux CPTS déjà constituées ou en cours de construction mais à tous les acteurs locaux des zones où il n'y a pas de projets.

Point 8 : Questions diverses

Possibilité de participation d'un professionnel à deux CPTS

En amont de la commission, M. Roubinet avait sollicité le secrétariat pour savoir si un professionnel de santé peut participer à deux CPTS.

Mme Lafoux répond que le professionnel doit choisir la CPTS à laquelle il adhère.

Précision apportée suite à la réunion : de manière dérogatoire, un professionnel qui aurait un territoire de patientèle plus large que la CPTS peut adhérer à deux CPTS (celle de son lieu d'installation et celle limitrophe où il intervient). C'est le cas notamment pour les médecins spécialistes hors médecine générale, particulièrement dans les grandes agglomérations. Dans ce cadre, le professionnel peut adhérer à deux CPTS. Une autre option serait la constitution d'une équipe de soins spécialisés dont les activités et le projet de santé sont coordonnées avec celui des CPTS concernées.

Renouvellement de FIR

Mme Jouve demande s'il est possible de prétendre à un nouveau FIR de 15 000 euros pour un territoire qui aurait échoué à monter une CPTS mais qu'une autre équipe relance une CPTS.

Mme Batih répond qu'il faut d'abord analyser les raisons de l'échec. Si c'est le même type de projet, l'ARS ne renouvelle pas son financement.

M. Sarrodet s'interroge sur le fait que la dotation est doublée dans certaines régions. Des orthophonistes de Nouvelle Aquitaine ont dit que la dotation est de 30 000 euros et que cette décision vient de l'ARS régionale.

Mme Batih prend note de cette information et prendra attache de sa collègue référente CPTS en Nouvelle Aquitaine.

Centre de vaccination et ACI gestion de crise

Mme Jouve demande si des CPTS ayant monté des centres de vaccination peuvent prétendre à l'ACI gestion de crise et pour quel montant.

Mme Lafoux répond que l'avenant à l'ACI prévoyant notamment la création d'une mission portant sur la gestion de crise n'a pas encore été signé. Les négociations vont reprendre après les élections URPS.

Mme Cardinale confirme l'ouverture des négociations en septembre dans l'attente des enquêtes de représentativité.

Date pour la prochaine réunion

Une date sera proposée pour le second semestre 2021 aux membres de la commission.

Le Dr Guez souhaiterait éviter les lundis et vendredis car ces journées sont extrêmement chargées pour les professionnels de santé du soin à domicile.

Mme Lafoux prend note de cette demande.

Mme Lafoux remercie l'ensemble des participants à l'installation de cette commission.

Tous les points à l'ordre du jour ayant été abordés, la séance est levée.