

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES FAMILLES, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2026

portant approbation de l'avenant n° 1 à l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et l'assurance maladie signé le 28 août 2025

NOR : SFHS2616851A

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées et le ministre de l'action et des comptes publics,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-32-1, L. 162-32-2, L. 162-14-1-1 et L. 162-15,

Vu l'Accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, signé le 28 août 2025 et publié au *Journal officiel* de la République française du 15 octobre 2025,

Arrêtent :

#### Article 1<sup>er</sup>

Est approuvé l'avenant n° 1 à l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et l'assurance maladie, annexé au présent arrêté, signé le 5 juin 2026 entre d'une part le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et d'autre part l'Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural, la Fédération nationale des centres de santé, la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, la Fédération des mutuelles de France, l'ADEDOM, la Fédération nationale de la mutualité française, la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles, la Confédération des centres de santé et l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie.

#### Article 2

Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 1<sup>er</sup> juillet 2026.

*La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées,*

STÉPHANIE RIST

*Le ministre de l'action et des comptes publics,*

DAVID AMIEL

#### ANNEXE

##### AVENANT N° 1 A L'ACCORD NATIONAL ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES CENTRES DE SANTÉ ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 5 JUIN 2026

Vu l'Accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, signé le 28 août 2025 et publié au *Journal officiel* du 15 octobre 2025,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-32-1, L. 162-32-2 et L. 162-14-1-1,

Il a été convenu ce qui suit entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) ; représentée par Thomas FATOME, directeur général,

Et

ADEDOM, représentée par Patrick MALPHETTES, président ;

La Fédération des mutuelles de France, représentée par Carole HAZE, présidente ;  
La Fédération nationale de la mutualité française, représentée par Eric CHENUT, président ;  
La Fédération nationale des centres de santé, représentée par Hélène COLOMBANI, présidente ;  
La Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, représentée par Marie-Sophie DESAULLE, présidente ;  
L'Union nationale ADMR, représentée par Marie-Josée DAGUIN, présidente ;  
L'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles, représentée par Marie-Reine TILLON, présidente ;  
La Confédération des centres de santé C3SI, représentée par Jean-Louis LEVEQUE, président ;  
La Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, représentée par Gilles de LACAUSSE, directeur général,  
Et  
L'Union nationale des organismes complémentaires (UNOCAM), représentée par Eric CHENUT, président  
Désignées ci-après comme « les parties signataires »,

### Préambule

Conformément à l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2026, les partenaires conventionnels, au travers de cet avenant, ont défini le rôle des centres de santé au sein du réseau France Santé.

Ainsi, les partenaires conventionnels ont défini des engagements en matière d'amélioration de l'accès aux soins, notamment à l'accès à un médecin traitant pour les patients n'en disposant pas, l'augmentation de la file active ou l'accès aux soins non programmés et des financements en contrepartie de ces engagements.

Cet avenant vise à soutenir l'engagement supplémentaire des structures dans les projets de prise en charge spécifiques, notamment en matière de prévention ou d'accès aux soins des patients dépendants ou vulnérables, ou encore dans l'organisation des parcours des patients de la structure.

Les parties conviennent d'ouvrir de nouvelles négociations au deuxième semestre 2026 pour décliner les engagements inscrits dans l'Accord national des centres de santé signé à l'été 2025 en matière de santé publique et d'ancrage territorial pour l'amélioration de l'offre de soins (déploiement du contrat ITAOS), et d'y intégrer également les mesures relatives à la lutte contre la fraude ainsi qu'au dispositif PEPS, sous réserve des résultats de l'évaluation en cours.

### Article 1<sup>er</sup>

#### *Participation des structures au réseau France Santé*

Le réseau France Santé a pour ambition, dans un objectif d'amélioration de l'accès aux soins, de mettre en visibilité différentes structures, et en l'espèce les centres de santé polyvalents/médicaux, dès lors qu'ils répondent à certains critères d'accessibilité, de coordination entre professionnels de santé et de services offerts.

Ce dispositif renforce ainsi l'offre de soins de proximité et sa lisibilité sur l'ensemble du territoire. Les partenaires conventionnels conviennent ainsi d'ajouter les dispositions suivantes à l'accord national susvisé :

« Art. 26.3. – La participation des centres de santé au réseau “France Santé”.

« Art. 26.3.1. – Les conditions d'éligibilité.

« Le centres de santé souhaitant adhérer au dispositif “France Santé” en font la demande explicitement, sous réserve de remplir les conditions cumulatives suivantes :

« – être adhérent à l'accord national conformément à l'article 8 et remplir les indicateurs socles de la rémunération forfaitaire spécifique tels que définis à l'article 18.1 de l'accord national ;

« – être désigné comme centre de santé polyvalent ou médical ;

« – s'engager à respecter les indicateurs socles France Santé définis à l'article 26.3.2 du présent accord.

« Les modalités d'adhésion sont décrites à l'article 26.3.7.

« Ces critères socles garantissent l'accès à une réponse de soins de proximité tenant compte des spécificités de l'offre locale.

« Art. 26.3.2. – Les indicateurs socles spécifiques “France Santé”.

«

| Présence d'un infirmier                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Description                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Pièces justificatives                                                                                                           |
| <p>La présence d'un infirmier vise à garantir une capacité identifiée de prise en charge infirmière contribuant à l'accès aux soins de premier recours, dans le respect des compétences de chaque profession et conformément au projet de santé du centre de santé.</p> <p>Le centre de santé s'engage à disposer d'une offre de soins infirmier (IDE ou IPA) équivalent à 0,5 ETP/semaine a minima. Cette offre peut prendre la forme soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'un IDE/IPA salarié au sein du centre de santé ;</li> <li>- d'un partenariat formalisé avec une organisation proposant une offre d'infirmier extérieur au centre de santé (ex : cabinet libéral, MSP, CSI, SSIAD etc.).</li> </ul> | <p>Indicateur déclaratif.</p> <p>Transmission des contrats de partenariats et des effectifs IDE/IPA sur la plateforme ATIH.</p> |

«

| Participation au service d'accès aux soins (SAS) et/ou à la permanence des soins ambulatoire (PDSA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Description                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Pièces justificatives                            |
| <p>Le centre de santé s'organise pour répondre aux demandes de soins non programmés soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>au travers du SAS</b>, et dans ce cas, le centre de santé doit (conditions cumulatives) :</li> <li>- être installé dans un département dans lequel le SAS est déployé et opérationnel ;</li> <li>- déclarer sa participation au SAS en s'inscrivant sur la plateforme nationale SAS ;</li> <li>- accepter d'interfacer sa solution de prise de rendez-vous avec la plateforme numérique SAS pour une mise en visibilité de ses disponibilités en cas de besoin de la régulation SAS ou participer à une organisation territoriale validée par le SAS du département et interfacée avec la plateforme nationale.</li> </ul> <p>Les modalités de mises en œuvre de cet indicateur par les centres de santé pourront faire l'objet d'une attention particulière au regard du contexte local quant à l'atteinte de l'indicateur.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ou au travers de la participation d'au moins un de ses médecins salariés à la PDSA.</b></li> </ul> | <p>Pas de pièce justificative à transmettre.</p> |

L'atteinte de l'ensemble des engagements socles « France Santé » et ceux décrits à l'article 18.1 du présent accord ouvre droit au versement d'un montant tel que définie à l'article 26.3.5.

« Art. 26.3.3. – Les indicateurs complémentaires spécifiques “France santé”.

« Les structures adhérentes au dispositif France Santé sont éligibles à des rémunérations complémentaires sous réserve qu'elles atteignent un certain nombre d'indicateurs complémentaires répartis en 4 briques principales, définies ci-après. Les conditions de rémunération associées à l'atteinte de ces indicateurs sont définies à l'article 26.3.5.

« Art. 26.3.3.1. – Description des indicateurs par thématiques.

Les indicateurs spécifiques “France Santé” sont organisés en 4 briques telles que décrites ci-dessous (accès aux soins, prévention, vulnérabilité, parcours).

«

| BRIQUE 1 : ACCÈS AUX SOINS                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicateurs                                                                   | Description                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Modalités de vérification                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Valoriser une amplitude horaires élargies</b>                              | Le centre de santé s'organise pour mettre en place une offre de soins élargies en semaine avec une amplitude horaire supérieur ou égale à 10h par jour ou le samedi matin avec présence d'un médecin généraliste.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- amplitude horaire supérieur ou égale à 10 heures par jour en semaine ;</li> <li>OU</li> <li>- ouverture tous les samedis matins avec présence de médecin généraliste.</li> </ul> <p>L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur.</p>                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Valoriser la mise en place d'une offre élargie en soins non programmés</b> | <p>Le centre de santé s'organise pour participer à l'offre de soins non programmé au travers des dispositifs SAS et PDSA soit par la participation en tant qu'effecteur soit si certains médecins du centre participent en tant que régulateur du SAS ou de la PDSA.</p> <p>Au-delà des médecins, cette participation peut également être prise en compte pour les chirurgiens-dentistes, sages-femmes ou infirmiers salariés du centre de santé dès lors que les dispositions réglementaires et/ou conventionnelles pour les professions de santé concernées le permettent. L'organisation de cette offre doit par ailleurs être mise en place sur le territoire.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- au moins 20 % des professionnels de santé salariés du centre de santé (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, infirmier) participent au SAS et à la PDSA en tant qu'effecteur ;</li> <li>OU</li> <li>- participation au SAS ou à la PDSA en tant que régulateur par au moins 10 % des professionnels de santé salariés du centre de santé (médecin, chirurgien-dentiste).</li> </ul> <p>L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur.</p> |

|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Soins à domicile ou d'aller vers</b>                                                                                     | Le centre de santé qui s'organise pour mettre en place une offre de soins à domicile peut valider cet indicateur par la mise en place soit de visites à domicile et/ou EHPAD (hors IDE) soit par la mise en place d'une organisation permettant la réalisation d'actes d'accompagnement à la téléconsultation assistées par les infirmiers (hors recours aux plateformes de téléconsultation). Cette organisation doit se faire dans le respect du libre choix du professionnel de santé par le patient. | La définition et les modalités d'atteinte seront définies dans le cadre de l'avenant 2 à l'accord national des centres de santé.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Valoriser les organisations mises en place pour améliorer l'offre médicale dans les territoires en grande difficulté</b> | Le centre de santé s'organise pour améliorer l'offre médicale dans les territoires en difficulté en assurant au moins 50 jours par an une ligne médicale en ZIP, via notamment le recrutement de médecins salariés pour de courtes durées, fonctionnant en rotation.                                                                                                                                                                                                                                     | Indicateur déclaratif.<br>Nombre de jours (a minima 50 jours par an) où une présence médicale est assurée en ZIP :<br>Trois modalités :<br>– pour les CDS hors ZIP : mise en place d'une organisation (par exemple une antenne du centre) afin d'assurer des consultations en ZIP ;<br>– pour les CDS en ZIP : mise en place d'une ligne médicale supplémentaire via un système de rotation de médecins salariés pour de courtes durées ;<br>– pour les CDS en ZIP, mise en place d'une ligne médicale supplémentaire en ZIP (valorisable une seule fois, si et seulement si la structure a recruté un ETP de médecin supplémentaire par rapport à l'année antérieure).<br>Éléments communiqués sur la plateforme ATIH (cf. article 24 de l'accord national).<br>L'atteinte de l'une des deux modes d'organisations valide l'indicateur. |
| <b>Valoriser la participation à l'action « 0 patients ALD sans MT »</b>                                                     | La structure s'organise pour répondre aux besoins des patients ALD en recherche de médecin traitant et s'inscrit dans l'action « 0 patient ALD sans médecin traitant ».                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | La définition et les modalités d'atteinte seront définies dans le cadre de l'avenant 2 à l'accord national des centres de santé.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

&lt;&lt;

| BRIQUE 2 : PRÉVENTION                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicateurs                                                                                               | Description                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Modalités de vérification                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Valoriser l'atteinte de seuils sur 5 indicateurs de dépistage, notamment pour patients précaires</b>   | Le centre de santé met en place une organisation afin d'atteindre des taux cibles sur les indicateurs de dépistage : cancer du sein, cancer du col de l'utérus, cancer colorectal, maladies rénales chroniques.<br>Ces indicateurs sont définis conformément à l'article 23-4 et annexes afférentes de la convention médicale. | Taux d'atteinte nécessaire pour chaque indicateur calculé sur la base de la PMT du centre de santé :<br>– cancer du sein : 60 % ;<br>– col de l'utérus : 60 % ;<br>– cancer colorectal : 50 % ;<br>– maladies rénales chroniques : 50 % ;<br>– diabète par glycémie à jeun pour les patients éligibles : 90 %.<br>L'atteinte d'au moins 2 des 5 indicateurs de dépistage permet de valider cet item. |
| <b>Valoriser l'atteinte de seuils sur 4 indicateurs de vaccination, notamment pour patients précaires</b> | Le centre de santé met en place une organisation afin d'atteindre des taux cibles sur les indicateurs de vaccination contre : la grippe, la covid, pneumocoque, HPV.<br>Ces indicateurs sont définis conformément à l'article 23-4 et annexes afférentes de la convention médicale.                                            | Taux d'atteinte nécessaire pour chaque indicateur calculé sur la base de la PMT du centre de santé :<br>– grippe : 65 % ;<br>– covid : 40 % ;<br>– pneumocoque : 50 % ;<br>– HPV : 50 % ;<br>L'atteinte d'au moins 2 des 4 indicateurs de vaccination permet de valider cet item.                                                                                                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Valoriser l'organisation de la structure qui permettra la réalisation des bilans de prévention auprès des patients les plus précaires (C2S), ou la réalisation des bilans partagés de médication auprès des patients à risque iatrogénique.</b></p> | <p>Le centre de santé s'engage à déployer des dispositifs en faveur de l'amélioration de la santé auprès des patients les plus précaires par la réalisation de bilans de prévention, et/ou auprès des patients à risque iatrogénique par la réalisation de bilans partagés de médication.</p> <p>S'agissant des bilans de prévention, ils doivent être renseignés dans le DMP du patient et accompagnés d'un projet personnalisé de prévention.</p>                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- taux de patients éligibles ayant bénéficié d'un bilan de prévention « MBP » sur l'année N de référence parmi les patients C2S de la FA de la structure supérieur à 10 % (entendue comme le nombre de patients ayant eu 2 contacts dans l'année avec la structure, quel que soit le professionnel de santé salarié, hors pharmacien);</li> </ul> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- taux de patients ayant bénéficié d'un bilan partagé de médication supérieur à un seuil. La définition précise et les modalités d'atteinte seront définies dans le cadre de l'avenant 2 à l'accord national des centres de santé.</li> </ul> |
| <p><b>Valoriser les actions et la coordination de la structure autour de la prise en charge de la santé mentale de la patientèle (coordination avec psychologues, Mon soutien psy, etc)</b></p>                                                           | <p>Le centre de santé s'organise pour mettre en place une offre autour de la santé de la mentale pour ces patients. A ce titre, il doit disposer au sein du centre de santé d'un accès à un psychologue conventionné « Mon soutien psy » ou intégré au dispositif « Santé Psy Etudiants », et/ou un IPA psychiatrie et santé mentale, et/ou de psychiatre.</p> <p>L'organisation mise en place par le centre de santé devra permettre dès que nécessaire de réorienter le patient vers un psychiatre.</p> | <p>Indicateur déclaratif.</p> <p><i>A minima :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0,5 ETP psychologue conventionné « Mon soutien psy » ou intégré aux dispositifs « Santé Psy Etudiants » ou « Mesure 31 du Ségur de la Santé - Renforcer l'offre de soutien psychiatrique et psychologique de la population » ;</li> </ul> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0,5 ETP d'IPA en psychiatrie ;</li> </ul> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- intervention de psychiatres à hauteur de 1 journée par mois (salarié ou intervenant dans la structure selon les modalités définies dans le cadre d'une convention de partenariat).</li> </ul> |

&lt;&lt;

| BRIQUE 3: VULNERABILITÉ                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicateurs                                                                                                                                                                                                                                               | Description                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Modalités de vérification                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p><b>Valoriser la prise en charge par la structure des patients en situation de vulnérabilité</b></p>                                                                                                                                                    | <p>Le centre de santé s'organise pour prendre en charge des patients en situation de vulnérabilité, à savoir patients AME et/ou C2S.</p>                                                                                                                                                       | <p>Taux de patients C2S ou AME de la FA du centre de santé (*) supérieur à 1,2 fois les taux nationaux (tel que défini à l'article 22 de l'accord national)</p> <p>(*) La file active est entendue comme file active de la structure à savoir le nombre de patients ayant eu un contact médecin généraliste).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p><b>Valoriser l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité psychosociale</b></p>                                                                                                                                                        | <p>Le centre de santé met en place une organisation afin d'atteindre des taux cibles sur les indicateurs de vaccination contre : la grippe, la covid, pneumocoque, HPV.</p> <p>Ces indicateurs sont définis conformément à l'article 23-4 et annexes afférentes de la convention médicale.</p> | <p>Taux d'atteinte nécessaire pour chaque indicateur calculé sur la base de la PMT du centre de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- grippe : 65 % ;</li> <li>- covid : 40 % ;</li> <li>- pneumocoque : 50 % ;</li> <li>- HPV : 50 %.</li> </ul> <p>L'atteinte d'au moins 2 des 4 indicateurs de vaccination permet de valider cet item.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>Valoriser l'organisation de la structure qui permettra la réalisation des bilans de prévention auprès des patients les plus précaires (C2S), ou la réalisation des bilans partagés de médication auprès des patients à risque iatrogénique.</b></p> | <p>Le centre de santé s'organise pour prendre en charge des personnes en situation de vulnérabilité psychosociale en lien avec les acteurs sociaux et structures médicosociales du territoire ou par une organisation interne dédiée.</p>                                                      | <p>Indicateur déclaratif.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conventions de partenaires avec des acteurs sociaux, l'ASE et/ou des structures médico-sociales, hors handicap (conventions différentes que celles déjà prises en compte pour l'indicateur « Accompagnement des publics vulnérables » décrit à l'article 18.1.2.2).</li> </ul> <p>Ces documents permettent de décrire l'organisation mise en place au sein de la structure (mise à disposition de consultations) ou en dehors de la structure (les professionnels de santé du centre de santé prennent en charge les patients directement au sein de ces structures).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ou mise en place au sein de la structure d'un parcours spécifique pour la prise en charge de ces publics qui pourra prendre la forme d'un protocole ou le recours à une fonction dédiée pour l'accompagnement des personnes dans leur parcours d'accès aux droits, à la prévention et aux soins (ex : médiateur).</li> </ul> <p>L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur.</p> |

|                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Valoriser la prise en charge par la structure de patients en situation de handicap</b> | Le centre de santé est adapté à la prise en charge des patients en situation de handicap. Par ailleurs, le centre de santé s'organise pour mettre en place une offre de soins à destination des patients en situation de handicap. La prise en charge de cette patientèle peut se faire soit au sein du centre de santé avec une organisation spécifique (notamment au travers de la signature de la charte Romain Jacob) soit par un partenariat mis en place avec des structures de type ESMS (différents des partenariats valorisés dans le cadre de l'indicateur « Accompagnement des publics vulnérables » décrit à l'article 18.1.2.2). | Indicateur déclaratif.<br>Le centre de santé est enregistré dans l'annuaire des cabinets accessibles disponible sur Santé.fr (dès lors que l'annuaire permettra aux centres de santé de s'y enregistrer).<br>Et<br>– signature d'une charte pour un meilleur accès aux soins des personnes en situation de handicap (exemple : la charte Romain Jacob) et description au sein de la charte d'engagement de l'organisation pour accueillir ce type de patient ; ou<br>– convention de partenariat avec des structures ESMS dans le champ du handicap.<br>L'enregistrement sur l'annuaire et l'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur. |
| <b>Valoriser les actions de repérage précoce de la perte d'autonomie (ICOPE)</b>          | Le centre de santé met en place des protocoles d'organisation permettant de généraliser le repérage et le développement d'un projet de santé personnalisé.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Indicateur déclaratif.<br>Le protocole transmis précise l'organisation mis en place au sein de la structure.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

«

| BRIQUE 4 : PARCOURS                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicateurs                                                                                                                            | Description                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Modalités de vérification                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Valoriser l'implication des structures à la participation aux parcours nationaux</b>                                                | Le centre de santé est intégré dans un des parcours nationaux :<br>– visant à accompagner les enfants en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentant des facteurs de risque d'obésité (MRTC), tel que défini dans le code de la santé publique. Il s'agit à la fois de valoriser l'implication mais également la prise en charge des patients dans ce cadre ;<br>– tel que les parcours coordonnés renforcés (PCR) visés à l'article L.4012-1 du code de la santé publique. | – être référencée dans le parcours (MRTC) et prendre en charge au moins 10 patients dans l'année de référence ; ou<br>– être référencée comme structure de coordination dans un parcours PCR et prendre en charge au moins 10 patients dans l'année pour le parcours correspondant ; ou<br>– participation des professionnels de santé salariés du centre de santé à au moins un parcours PCR et prendre en charge au moins 10 patients dans l'année.<br>L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur. |
| <b>Valoriser l'implication de la structure pour faciliter la prise en charge des patients en entrée et/ou sortie d'hospitalisation</b> | Le centre de santé s'organise pour faciliter la prise en charge de ces patients en entrée et/ou sortie d'hospitalisation. Il met en place une organisation interne et s'appuie sur les actes de nomenclature prévus pour la prise en charge de patients en sortie d'hospitalisation. Le centre de santé s'articule avec les acteurs de son territoire pour faciliter les parcours d'entrée/sortie d'hospitalisation de sa patientèle.                                                                   | Indicateur déclaratif.<br>La structure a contractualisé avec le ou les acteurs hospitaliers du territoire.<br>L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Valoriser l'organisation de la structure en faveur d'une diminution du délai d'accès à des spécialistes</b>                         | Le centre de santé s'organise pour apporter une réponse à ses patients en recherche de soins de spécialistes (au sein ou non du centre de santé). Il s'agit alors de réduire le délai d'accès à des médecins spécialistes en s'articulant avec les dispositifs déployés sur le territoire par la CPTS, l'ESS, les structures hospitalières...                                                                                                                                                           | Indicateur déclaratif.<br>Soit le centre de santé compte au sein de ses professionnels de santé salariés, des médecins spécialistes (hors médecin généraliste), soit le centre de santé a signé des conventions de partenariats décrivant l'organisation mise en place en fonction des spécialités médicales avec les acteurs du territoire.<br>L'atteinte de l'une des deux composantes valide l'indicateur.                                                                                                     |

« Art. 26.3.4. – Les modalités de vérification du respect des engagements et de contrôle.

« Le centre de santé s'engage à transmettre à l'organisme local d'assurance maladie les justificatifs listés aux articles 26.3.2 et 26.3.3 du présent accord permettant la vérification du niveau de réalisation de chacun des indicateurs nécessitant un justificatif sur lesquels elle souhaite s'engager.

« Cette transmission peut s'effectuer tout au long de l'année de référence pour les pièces sollicitant l'examen commun entre l'organisme local d'assurance maladie et le centre de santé, et au plus tard le 28 février de l'année suivant l'année civile servant de référence pour le suivi des engagements, sur la plateforme partagée (plateforme ATIH) telle que décrite à l'article 24 du présent accord.

« L'organisme local d'assurance maladie procède ainsi annuellement et conformément à la réglementation, aux contrôles nécessaires permettant la vérification du respect des engagements en contrepartie desquels est versée une rémunération.

« A l'issue des contrôles, un courrier de notification est transmis au centre de santé pour l'informer de l'atteinte ou non de la cible fixée pour chaque indicateur. Cette transmission donne lieu, le cas échéant, à un échange contradictoire entre l'organisme local d'assurance maladie et la structure.

« L'assurance maladie peut procéder à la récupération des sommes indument inversées en cas de constat de non atteinte des engagements.

« Art. 26.3.5. – Les modalités de calcul de la rémunération "France Santé".

« L'assurance maladie procède au calcul de la rémunération "France Santé" en fonction du niveau d'atteinte des indicateurs.

« Le déclenchement de la rémunération socle nécessite que l'ensemble des indicateurs définis comme socle soient respectés. L'atteinte des indicateurs socles donne lieu au versement d'un montant socle de 10 000 €, modulé par la file active du centre de santé selon des modalités définies ci-dessous.

« Dès lors que les indicateurs socles sont validés, le centre de santé peut bénéficier de la rémunération des briques additionnelles. Les 4 briques constituant les indicateurs complémentaires spécifiques sont indépendants les uns des autres. Pour valider une brique, le centre de santé doit atteindre au moins 2 des indicateurs de la brique. Chaque brique correspondant à un montant complémentaire de 10 000 €, modulé par la file active du centre de santé selon des modalités définies ci-dessous.

« Pour tenir compte de la taille des centres de santé et permettre une rémunération des centres de santé plus adaptée, le montant auquel le centre de santé est éligible est le produit des montants socle et complémentaires auxquels il est éligible et d'un multiplicateur dépendant de sa file active définis comme suit :

$$\text{Montant} = (\text{socles} + \text{complémentaires}) \times \text{Multiplicateur}$$

$$\text{Multiplicateur} = \sqrt{\frac{\text{file active}}{\text{file active de référence}}}$$

« La file active du centre de santé correspond au nombre de patients ayant eu deux contacts, à des dates différentes, quel que soit le professionnel de santé salarié.

« La file active de référence, correspondant à la médiane de la distribution de la file active calculée au niveau national (hors centre de santé ouvert dans l'année), est mise à jour annuellement.

« L'application de la "racine carré" au multiplicateur permet de tenir compte des effets de taille sans disperser excessivement les montants versés.

« Pour une adhésion intervenant en cours d'année, les montants seront calculés au prorata de la période restante de l'année à compter de la date d'adhésion.

« Pour une nouvelle structure (au sens de l'article 21.2), la rémunération socle est fixée à un forfait de 10 000 € sans application du multiplicateur.

« *Art. 26.3.6. – Les modalités de versement.*

« *Art. 26.3.6.1. – Dispositions pérennes.*

« Lorsqu'un centre de santé souhaite s'engager dans le réseau "France Santé", le versement du montant correspondant au socle se fait dans les 2 mois suivant la demande, après examen du dossier par la caisse et l'ARS. Ensuite, le versement des montants correspondant au socle se fait annuellement au 30 avril de l'année N au titre de l'année N.

« Le versement de la rémunération complémentaire intervient à la suite du calcul des indicateurs de la rémunération (cf. article 25 de l'accord national), soit au plus tard le 30 avril de l'année qui suit l'année au titre de laquelle le versement est réalisé, sous réserve que les justificatifs aient été fournis par le centre de santé dans les délais prévus (cf. article 26.3.4 du présent texte). Le versement des briques complémentaires se fait donc au 30 avril de l'année N + 1 au titre de l'année N.

« La période d'observation des engagements et des indicateurs s'effectue par année civile.

« Le versement de la rémunération socle "France Santé" est strictement conditionné au respect effectif, par le centre de santé, de l'ensemble des engagements socles définis à l'article 26.3.2 ci-dessus.

« La rémunération et le suivi des indicateurs sont proratisés en fonction de la date d'engagement du centre de santé dans le réseau "France Santé" au cours de l'année civile de référence, sous réserve de la réception du courrier par l'ARS attribuant le label France Santé.

« Le constat a posteriori d'un irrespect des critères socles peut entraîner la récupération des sommes versées (relatives au socle et à la rémunération complémentaire).

« Les structures sont tenues de conserver, pendant une durée minimale de cinq ans, l'ensemble des documents permettant d'attester du respect des engagements socles et complémentaires "France Santé" (notamment liste des professionnels et quotités d'exercice, contrats de partenariat, éléments relatifs à l'organisation des soins non programmés et à l'accessibilité temporelle), et de les communiquer à la caisse et à l'agence régionale de santé sur simple demande. Le défaut de production de ces éléments en cas de contrôle vaut présomption de non-respect de l'engagement concerné.

« *Art. 26.3.6.2. – Dispositions transitoires.*

« **Pour les premières années du dispositif, un fonctionnement dérogatoire est mis en place pour aider au déploiement du réseau France Santé.**

« Les centres de santé ont jusqu'à la date d'entrée en vigueur du présent avenant, et au plus tard jusqu'au 14 juillet 2026, pour compléter leur engagement sur la plateforme [demarche.numerique.gouv.fr](https://demarche.numerique.gouv.fr)

« Après confirmation de l'engagement du centre de santé dans le réseau France Santé (après réception du courrier ARS), le premier versement interviendra à compter de juillet 2026. Par dérogation aux règles susmentionnées, ce versement sera fait sans appliquer la règle de *prorata temporis* par rapport à la date d'engagement.

« Pour les centres de santé qui auront manifesté leur engagement après la date mentionnée ci-dessus, les versements seront proratisés par rapport à la date d'engagement conformément aux règles susmentionnées.

« Afin de tenir compte de la montée en charge progressive du dispositif, les partenaires conventionnels conviennent de fixer les montants de la façon suivante par dérogation aux dispositions de l'article 26.3.5 :

« – au titre de 2026 :

Montant du socle = 50 000 € ;

« Montant de chaque "brique 2026" complémentaire = 0 € ;

« – au titre de 2027 :

Montant du socle = 40 000 €.

« Montant de chaque "brique 2027" complémentaire = 2 500 € (soit un total de 10 000 €) ;

« – au titre de 2028 :

Montant socle = 30 000 €.

« Montant de chaque "brique 2028" complémentaire = 5 000 € (soit un total de 20 000 €).

« Ces montants sont pondérés par la file active conformément à l'article 26.3.5 du présent texte.

« Les partenaires conventionnels s'accordent pour suivre la montée en charge du dispositif et l'atteinte des indicateurs avec une présentation d'un bilan annuel en CPN.

« Les partenaires conventionnels s'accordent par ailleurs pour adapter le calendrier, le cas échéant, au regard du bilan qui sera présenté en CPN et de la montée en charge attendue en 2028.

« **A compter de la rémunération au titre de 2029** : les montants définis à l'article 26.3.5 sont applicables.

« *Art. 26.3.7. – Les modalités d'adhésion au réseau "France Santé".*

« Les centres de santé souhaitant adhérer en font la demande sur le site [demarche.numerique.gouv.fr](http://demarche.numerique.gouv.fr)

« Cet engagement est effectif après vérification des conditions d'éligibilité décrites à l'article 26.3.1 et la transmission du courrier attribuant le label France Santé par l'ARS.

« *Art. 26.3.8. – Les modalités de sortie du réseau "France Santé".*

« Un centre de santé peut décider, à tout moment, de sortir du dispositif "France Santé" en notifiant son choix, par écrit à la caisse d'assurance maladie de son ressort géographique, par tout moyen (courrier, courriel, etc.) permettant de conférer date certaine. La caisse locale d'assurance maladie prend acte de cette sortie du dispositif à la date de réception et la notifie au centre de santé par tout moyen (courrier, courriel, etc) permettant de conférer date certaine. Elle adresse également copie de cette notification à l'ARS.

« Cette décision de sortir du dispositif ne constitue pas une sortie de l'accord national. En revanche, si le centre de santé met fin à son adhésion à l'accord national, cela constitue également une sortie automatique du dispositif de valorisation "France Santé" tel que décrit par le présent texte.

« En cas de sortie du dispositif en cours d'année N, le calcul de la rémunération au titre de l'année N interviendra dans les trois mois suivant la date de sortie. La rémunération complémentaire à verser sera calculée à partir des données connues de l'année N – 1 et au *prorata temporis* de l'année écoulée et déduction faite du trop-versé sur la rémunération socle (application du *prorata temporis* également).

« *Art. 26.3.9. – Les modalités spécifiques en cas de non atteinte des indicateurs socles.*

« Dans le cas où la caisse constate en année N + 1 le non-respect d'un ou plusieurs indicateurs socles pour l'année N, celle-ci procède à la récupération des sommes indûment versés conformément à l'article 26.3.6.1.

« A cette occasion, la caisse invite le centre de santé à présenter ses remarques éventuelles permettant d'apprécier la situation de non atteinte, dans un délai de 2 mois.

« A l'issue de ce délai, la caisse informe l'ARS de la situation. »

## Article 2

### ITAOS

Le septième alinéa de l'article 26.1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les travaux visant à définir les engagements attendus dans le cadre de ce dispositif ont été engagés sur le premier semestre 2026 et devront se poursuivre afin d'aboutir à une proposition consensuelle au plus tard au 31 décembre 2026. »

## Article 3

### Forfait de santé publique

L'article 26.2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. 26.2. – Forfait santé publique.*

« Afin de valoriser les centres de santé qui s'engagent pour répondre à des enjeux de santé publique majeurs, une rémunération forfaitaire annuelle de santé publique est créée.

« Art. 26.2.1. – Liste des indicateurs.

« Les parties signataires conviennent de retenir les indicateurs suivants (ces indicateurs sont définis conformément à l'article 23-4 et annexes afférentes de la convention médicale) :

«

| Thématique  | Indicateur                                                                                     | Objectif cible |               |                            | Montant |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------|----------------------------|---------|
|             |                                                                                                | Activité 2027  | Activité 2028 | Activité 2029 et suivantes |         |
| Vaccination | Part des patients éligibles qui ont été vaccinés contre la <b>grippe</b>                       | 60 %           | 60 %          | 65 %                       | 500 €   |
|             | Part des patients éligibles qui ont été vaccinés contre la <b>covid</b>                        | 40 %           | 40 %          | 40 %                       | 500 €   |
|             | Part des patients éligibles qui ont été vaccinés contre le <b>pneumocoque</b>                  | 45 %           | 50 %          | 55 %                       | 500 €   |
|             | Part des patients éligibles qui ont été vaccinés contre la <b>ROR</b>                          | 90 %           | 90 %          | 95 %                       | 500 €   |
|             | Part des patients éligibles qui ont été vaccinés contre le <b>méningocoque C</b>               | 90 %           | 90 %          | 95 %                       | 500 €   |
|             | Part des patients éligibles qui ont été vaccinés contre le <b>papillomavirus HPV</b>           | 45 %           | 50 %          | 55 %                       | 500 €   |
| Dépistage   | Part des patients éligibles qui ont été dépistés contre le <b>cancer du sein</b>               | 40 %           | 50 %          | 60 %                       | 500 €   |
|             | Part des patients éligibles qui ont été dépistés contre le <b>cancer du col de l'utérus</b>    | 40 %           | 50 %          | 60 %                       | 500 €   |
|             | Part des patients éligibles qui ont été dépistés contre le <b>cancer colorectal</b>            | 30 %           | 40 %          | 50 %                       | 500 €   |
|             | Part des patients éligibles qui ont été dépistés contre le <b>diabète par glycémie à jeun</b>  | 70 %           | 80 %          | 90 %                       | 500 €   |
|             | Part des patients éligibles qui ont été dépistés contre la <b>maladie rénale chronique MRC</b> | 30 %           | 40 %          | 50 %                       | 500 €   |

« A compter de 2028, chaque indicateur peut être considéré comme atteint s'il est constaté une progression d'au moins 5 points (+ 5 %) par rapport à l'année précédente (peu importe le taux de l'année précédente).

« Art. 26.2.2. – Les modalités de rémunération.

« Les parties signataires conviennent que l'atteinte de l'ensemble des objectifs fixés pour l'ensemble de ces indicateurs précisés à l'article 26.2.1 permettra à un centre de santé de bénéficier d'une rémunération forfaitaire annuelle de 5 500 €.

« La patientèle retenue pour le calcul de la rémunération comprend tous les patients médecin traitant du centre de santé éligibles à l'indicateur, même si le centre de santé désigné comme médecin traitant n'est pas l'effecteur des soins concernés. Elle calculée est au 31/12 de l'année N.

« Chaque indicateur est indépendant des autres et est valorisé par un montant fixe de 500 €.

« Pour percevoir la totalité de la rémunération associée à chaque indicateur, le centre de santé doit atteindre ou dépasser l'objectif cible de l'indicateur correspondant. Si l'objectif cible n'est pas atteint, aucune rémunération ne sera versée au titre de cet indicateur.

« Art. 26.2.3. – Entrée en vigueur de ces mesures.

« Le premier paiement pour les objectifs cibles fixés en 2027 interviendra en 2028. »

## Article 4

### Révisions des indicateurs relatifs à la précarité

Pour percevoir la totalité de la rémunération associée à chaque indicateur, le centre de santé doit atteindre ou dépasser l'objectif cible de l'indicateur correspondant. Si l'objectif cible n'est pas atteint, aucune rémunération ne sera versée au titre de cet indicateur.

1° A l'article 18.1.2.2 intitulé « Indicateurs optionnels » les modifications suivantes sont apportées :

- Au sein de l'encadré intitulé « Proposer un accompagnement aux publics vulnérables » :
- après le 1<sup>er</sup> tableau, les mots : « un montant de 1 400 € modulé en fonction de la variable définie à l'article 23 » sont remplacés par les mots : « un montant de 1 400 € fixes » ;

- après le 2<sup>e</sup> tableau, les mots : « un montant de 2 800 € modulé en fonction de la variable définie à l'article 23 » sont remplacés par les mots : « un montant de 2 800 € fixes » ;
- après le 3<sup>e</sup> tableau, les mots : « L'atteinte du niveau 3 donne droit à un versement supplémentaire de 5 600 € modulé en fonction de la variable définie à l'article 23 » sont remplacés par les mots : « un montant fixe de 5 600 € » ;
- après le 3<sup>e</sup> tableau, le troisième alinéa est supprimé ;

2° A l'article 22 intitulé « Majoration pour publics précaires », les modifications suivantes sont apportées :

- au paragraphe concernant la définition des taux de précarité des centres de santé, après les mots : « les bénéficiaires de l'AME » sont insérés les mots : « les bénéficiaires de l'AAH » ;
- le paragraphe concernant le calcul de la majoration est remplacé par les dispositions suivantes :

« Calcul de la majoration :

« I. – **Détermination des items pris en compte**

« La majoration est calculée au regard des quatre items suivants :

- « – les patients reconnus en affection de longue durée (ALD) ;
- « – les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) ;
- « – les bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (AME) ;
- « – les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

« Pour chacun de ces items, un taux observé est déterminé pour le centre de santé concerné.

« II. – **Taux de référence**

« Pour les items ALD, CSS et AME, le taux de référence correspond au taux national constaté.

« Pour l'item AAH, le taux de référence est déterminé en fonction du type de centre de santé concerné (centre polyvalent ou médical, centre dentaire, centre infirmier), selon les modalités définies en annexe 22.

« III. – **Calcul de l'écart relatif**

« Pour chaque item *i*, il est calculé un écart relatif défini comme suit :

«  $\text{Ecart relatif}_i = (\text{Taux observé}_i - \text{Taux de référence}_i) / \text{Taux de référence}_i$

« Lorsque l'écart relatif ainsi calculé est négatif, il est ramené à zéro. Aucun écart ne peut donc donner lieu à une valeur négative.

« Lorsque l'écart relatif excède une valeur maximale fixée en annexe, il est plafonné à cette valeur maximale.

« IV. – **Pondération des écarts**

« Chaque écart relatif est affecté d'un coefficient de pondération reflétant le poids de l'item correspondant dans le calcul global. Les coefficients applicables à chacun des quatre items sont définis en annexe.

« V. – **Détermination du montant de la majoration**

La majoration pour publics en situation de précarité est égale à la somme des écarts relatifs pondérés, divisée par 100, puis multipliée par la rémunération globale du centre de santé.

« Elle est déterminée selon la formule suivante :

« **Majoration =  $\sum_i (\text{Coefficient}_i \times \text{Ecart relatif}_i) / 100 \times \text{Rémunération globale}$  ».**

3° L'article 23 intitulé « Variable Accompagnement des publics vulnérables » est supprimé.

## Article 5

### *Centres de santé accueillant des publics spécifiques*

1° A l'article 12 intitulé « Cas particulier », les modifications suivantes sont apportées :

- au quatrième alinéa, après les mots : « Mayotte », sont insérés les mots : « , les centres de santé étudiants et les centres de santé accueillant des personnes exilées » ;
- les cinquième et sixième alinéas sont supprimés ;

2° A l'article 20.1 intitulé « Rémunération variable des centres de santé médicaux ou Polyvalents », les modifications suivantes sont apportées :

Le cinquième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« A titre dérogatoire, la patientèle de référence des centres de santé implantés à Mayotte, les centres de santé étudiants ainsi que les centres de santé accueillant des personnes exilées correspond au nombre de patients ayant bénéficié, au sein du centre, d'au moins deux actes réalisés par des médecins généralistes à des dates distinctes au cours de l'année considérée.

« Toutefois, lorsque la patientèle dite "médecin traitant", définie comme le nombre de patients, quel que soit leur âge, ayant déclaré comme médecin traitant un des médecins salariés du centre de santé et appréciée au 31 décembre de l'année considérée, s'avère plus avantageuse, celle-ci est retenue. »

## Article 6

### *Autres mesures*

A l'article 18.1.1.2 intitulé « Indicateurs optionnels », le tableau « diversité d'auxiliaires médicaux » est modifié comme suit :

Au deuxième alinéa de la colonne « description », après les mots : « Mon soutien psy », sont insérés les mots : « ou Santé Psy Etudiants ».

A l'article 18.1.2.2 intitulé « Indicateurs optionnels », le tableau « la formation des jeunes professionnels de santé » est modifié comme suit :

Au premier alinéa de la colonne « description », après les mots : « quel que soit la spécialité du professionnel de santé stagiaire », sont insérés les mots : « , y compris les docteurs juniors ».

A l'article 18.1.4.1 intitulé « Indicateur socle », au sein du paragraphe sur la valorisation de la première ligne du tableau « Système d'information (socle) : Logiciels », les mots « au-delà de 16 ETP professionnel de santé » sont remplacés par les mots : « au-delà de 16 professionnels de santé ».

A l'article 18.1.4.2 intitulé « Indicateurs optionnels » la première ligne du tableau concernant les centres de santé médicaux et polyvalents, est complétée par le paragraphe suivant :

« Est requise la version du cahier des charges SESAM-VITALE avec l'addendum 8 intégrant l'application carte vitale. La version du cahier des charges SESAM-VITALE comprend également l'intégration des avenants publiés sur le site du GIE SESAM-VITALE au 31/12 de l'année N – 1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération. L'objectif est que l'outil de facturation comporte les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles simplifiant les échanges avec l'assurance maladie. »

L'article 27 intitulé « Développement de nouveaux modes de rémunérations » est complété par les dispositions suivantes :

« Par ailleurs, les parties conviennent de définir les modalités de transposition de l'expérimentation "Equilibres" lors d'un prochain avenant. A défaut de transposition prenant effet au 1<sup>er</sup> janvier 2027, les modalités prévues dans l'avenant 11 à la convention nationale des infirmiers libéraux s'appliquent aux centres de soins infirmiers présents dans l'expérimentation au 31 décembre 2026 et dans la limite des effectifs présents à cette date, et dans la mesure où elles sont compatibles avec le statut de centre de santé infirmiers. »

A l'article 29.5.2.1 intitulé « Principes : un financement pérenne en fonction du nombre d'assistants médicaux retenus et en contrepartie d'engagements sur l'augmentation de patientèle », au premier alinéa, les mots : « a bien rempli les indicateurs pré-requis de la rémunération forfaitaire spécifique tels que définis à l'article 18.1 de l'accord national » sont remplacés par les mots : « est adhérent à l'accord national ».

A l'article 28 intitulé « Télésanté », les modifications suivantes sont apportées :

- au quatrième alinéa, les mots : « (téléconsultations et téléexpertises cumulées) » sont supprimés ;
- après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « N'entrent pas dans le champ de l'encadrement de l'activité réalisée à distance, les téléconsultations du centre de santé désigné comme médecin traitant auprès de sa patientèle médecin traitant, ni les téléexpertises. ».

L'article 61 intitulé « La facturation hors FSE sécurisée », est remplacé par les dispositions suivantes :

« La FSE sécurisée est le mode de facturation privilégié dans les centres de santé. En cas d'impossibilité de produire des FSE sécurisée Vitale du fait de l'absence, de la non-présentation ou de la défectuosité de la carte vitale sous la forme d'une carte physique ou sous la forme d'une application sur un terminal mobile, le centre de santé réalise une feuille de soins SESAM "dégradé".

« A ce titre, les centres de santé ne peuvent dépasser un seuil de facturation en flux non sécurisé (c'est-à-dire émis sans carte vitale et/ou sans carte CPS et/ou par un logiciel hors SESAM-VITALE) supérieur à 50 % sur un mois glissant. Dans le cas où ce seuil serait dépassé, la caisse pourra suspendre la garantie de paiement selon les modalités décrites ci-après. La caisse notifie au centre de santé la situation et la mise en œuvre de la procédure de suspension de la garantie de paiement. Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de cette notification pour apporter les éléments permettant d'expliquer la situation et les mesures à prendre pour modifier sa pratique. Dès lors que l'intégralité des éléments demandés sont réceptionnés par la caisse ont été transmis par le centre, la caisse dispose d'un délai d'un mois pour vérifier ces éléments et rétablir les paiements le cas échéant. En l'absence de réponse de la part du centre de santé dans le délai d'un mois suivant sa notification par la caisse, ou si les éléments apportés sont insuffisants et/ou démontrent des irrégularités manifestes, la caisse pourra engager la procédure prévue en cas de non-respect des engagements conventionnels (articles 73 et suivants).

« Il est rappelé qu'en cas de transmission de feuilles de soins SESAM "dégradé", y compris hors département, le centre de santé est tenu de réaliser une feuille de soins papier parallèlement au flux électronique.

« Le centre de santé adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré la feuille de soins sous forme papier accompagnée des éventuelles pièces justificatives via le dispositif dématérialisé SCOR notamment.

« Seules les feuilles de soins SESAM-VITALE sécurisées ouvrent droit à la garantie de paiement.

« Dans tous les cas, le format de la feuille de soins papier fournie par les caisses est conforme au modèle mentionné à l'article R. 161-41 du code de la sécurité sociale. »

L'article 69.2 de l'accord national intitulé « Missions » est complété par les dispositions suivantes :

« – suivre la montée en charge du dispositif France Santé et le niveau d'atteinte des indicateurs. »

Est insérée une nouvelle annexe 22 intitulée « Majoration pour publics précaires : plafonds et coefficients » rédigée comme suit :

« ANNEXE 22

« MAJORATION POUR PUBLICS PRÉCAIRES : PLAFONDS ET COEFFICIENTS

« Les valeurs maximales applicables à chacun des quatre indicateurs définis à l'article 22 de l'accord national sont appliquées par type de centre de santé et définies comme suit :

«

| Plafonds           |     |     |                |     |
|--------------------|-----|-----|----------------|-----|
|                    | CSS | AME | ALD (hors CSS) | AAH |
| Polyvalent/Médical | 7   | 2   | 2              | 2   |
| Dentaire           | 2   | 2   | 2              | 2   |
| Infirmier          | 2   | 2   | 2              | 2   |

« Les coefficients de pondération applicables à chacun des quatre indicateurs définis à l'article 22 de l'accord national sont appliqués par type de centre de santé et définies comme suit :

«

| Coefficients de pondération |     |     |                |     |
|-----------------------------|-----|-----|----------------|-----|
|                             | CSS | AME | ALD (hors CSS) | AAH |
| Polyvalent/Médical          | 20  | 5   | 5              | 5   |
| Dentaire                    | 10  | 5   | 5              | 5   |
| Infirmier                   | 50  | 20  | 20             | 20  |

».

A l'article 2.3 de l'annexe 8 intitulée « Dispositif de prévention bucco-dentaire », les codes BDC, BR2, BR4 et BRP sont respectivement remplacés par les codes BDA, BDB, BDD, BDP.

Fait à Paris, le 5 juin 2026.

Pour l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ;

*Le directeur général,*

T. FATÔME

*La présidente de l'Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural,*

M.-J. DAGUIN

*La présidente de la Fédération nationale des centres de santé,*

H. COLOMBANI

*Le directeur général de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines,*

G. DE LACAUSSADE

*La présidente de la Fédération des mutuelles de France,*

C. HAZE

*Le président d'AEDOM,*

P. MALPHETTES

*Le président de la Fédération nationale de la mutualité française,*

E. CHENUT

*La présidente de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne,*

M.-S. DESAULLE

*La présidente de l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles,*

M.-R. TILLON

*Le président de la Confédération des centres de santé,*

J.-L. LEVEQUE

*Le président de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire,*  
E. CHENUT