

WEBCONFÉRENCE RÉGIONALE : ÉVOLUTION DE L'ACI, ACCORD NATIONAL, ET DÉPLOIEMENT DU LABEL FRANCE SANTÉ

17 JUIN 2026

Intervenants :

Dr Arnaud BLESSEMAILLE, Médecin
Généraliste à la MSP de Baume-les-Dames
et Co-Président de la FeMaSCo-BFC

Mme Valérie GANZER, Adjointe à la
Direction du Cabinet, du Pilotage et des
Territoires - ARS BFC

Mme Marion MASSARO-BARO, Référente
régionale des organisations coordonnées à
la DCGDR BFC, Assurance Maladie

France Santé

Contextualisation du dispositif et point d'avancement en
Bourgogne-Franche-Comté

Un réseau de proximité destiné à rendre l'offre de soins lisible,
structurée et valorisée.

*Mme Valérie GANZER, Adjointe à la Direction du
Cabinet, du Pilotage et des Territoires - ARS BFC*

1. France Santé : de quoi parle-t-on ?

Un label de proximité pour identifier les structures engagées dans l'accès aux soins.

Une logique d'accessibilité

France Santé est un dispositif national de labellisation des structures de soins de proximité, destiné à rendre l'offre de soins plus lisible, accessible et coordonnée pour les patients.

Il vise à garantir à chaque habitant une solution de santé à **moins de 30 minutes** et, lorsque l'état de santé le nécessite, une orientation ou un rendez-vous médical **sous 48 heures**.

Objectif

France Santé permet d'identifier, soutenir et valoriser les structures qui contribuent concrètement à l'accès aux soins, notamment dans les territoires fragiles :

- accueil des patients sans médecin traitant
- soins non programmés
- prévention
- prise en charge des publics vulnérables et
- meilleure coordination ville-hôpital.

Repérer

structures candidates

Vérifier

critères socles

Labelliser

courrier ARS

Valoriser

Engagements et soutien
financier

2. Critères socles de labélisation France Santé

Le label est attribué selon des critères simples.

Pour être labellisées, les structures doivent proposer une **offre socle** en santé :

- garantir la **présence d'un infirmier**, au sein de la structure ou à proximité ;
- être ouvertes au public au moins **5 jours par semaine** ;
- assurer des consultations **sans dépassement d'honoraires** ;
- participer au **service d'accès aux soins (SAS)** ou à la **permanence des soins ambulatoire (PDSA)**.

3. En BFC : 99 structures labellisées en phase 1

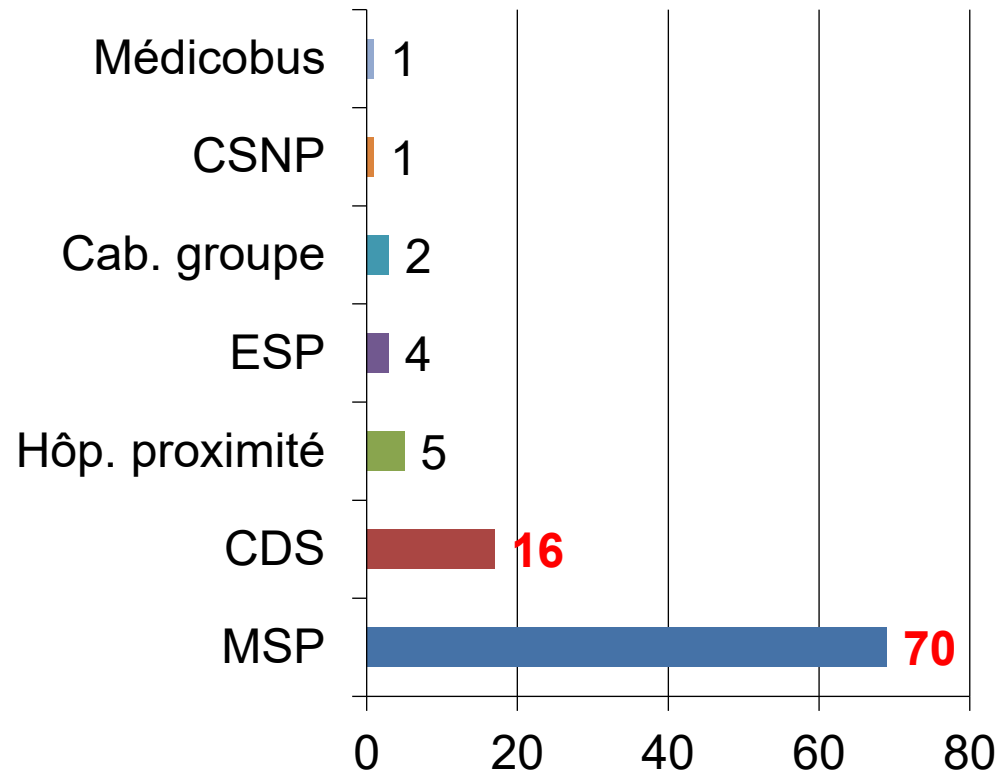
La première vague est majoritairement portée par les MSP et CDS, avec plusieurs autres structures complémentaires.

Lecture rapide

70 % des structures labellisées sont des MSP.

Les CDS représentent 17 structures labellisées.

Les autres formats permettent de couvrir des situations territoriales spécifiques : ESP, cabinets de groupe, hôpitaux de proximité, CSNP et medicobus.



99

structures labellisées en
phase 1 en BFC

108

MSP potentiellement
labellisables identifiées

19

CDS potentiellement
labellisables identifiées

France Santé

Présentation du dispositif de rémunération :

- de l'ACI applicable aux structures pluriprofessionnelles
- de l'Accord national des Centres de santé

***Marion MASSARO-BARO, référente régionale exercice coordonné
DCGDR - Assurance Maladie BFC***



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

« France Santé »

1. LE CADRE CONVENTIONNEL pour les MSP et les CDS

*Marion MASSARO-BARO, référente régionale exercice coordonné
DCGDR - Assurance Maladie BFC*

AVENANT 2 À L'ACI APPLICABLES AUX STRUCTURES DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES ET ACCORD NATIONAL CENTRE DE SANTE

Signature le 5 juin 2026 de :

- l'Avenant 2 à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) applicable aux maisons de santé pluriprofessionnelles
- l'Avenant 1 à l'Accord national des Centres de santé

Avenant 2 à l'ACI MSP

- Modification de certains indicateurs de la rémunération forfaitaire
- Ajout des indicateurs liés à l'entrée dans le droit commun de l'expérimentation article 51 « IPEP »
- **Création d'une nouvelle rémunération dédiée au déploiement du réseau France santé**

L'avenant 2 ACI MSP s'impose aux contrats tripartites en cours à date de publication du texte, **aucune signature d'avenant ne sera nécessaire** et l'ensemble des dispositions ACI s'appliqueront aux MSP déjà signataires à date de publication du texte.

Avenant 1 à l'Accord national des CDS

- Définition du forfait de santé publique
- Révision de certains indicateurs de la rémunération forfaitaire spécifique
- **Création d'une nouvelle rémunération dédiée au déploiement du réseau France santé**

L'avenant 1 à l'accord national des centres de santé s'impose aux structures déjà adhérentes à date de publication du texte, **aucune signature d'avenant ne sera nécessaire** et l'ensemble des dispositions de l'Accord National s'appliqueront aux CDS déjà adhérents à date de publication du texte.

FRANCE SANTÉ MSP / CDS POLYVALENT – MÉDICAL : LES INDICATEURS SOCLES

→ Rappel des critères d'éligibilité pour adhérer au dispositif de financement conventionnel « France santé ».

→ Engagement conventionnelle des structures sur **3 (pour les MSP)** ou **2 (pour les CDS)** critères socles cumulatifs :

	Maison de santé	Centre de santé polyvalent / médical
Tarif opposable	<p>La structure pratique des consultations MG à tarif opposable <i>La structure s'engage à ce qu'au moins 80% des consultations des médecins généralistes (associés et/ou salariés de la MSP) soient facturées à tarif opposable</i></p>	
Présence IDE	<p>La structure dispose d'une offre infirmière (IDE ou IPA). <i>Cette offre peut prendre la forme soit : d'un IDE/IPA (associé, salarié ou vacataire pour les MSP) ou d'un partenariat formalisé avec une organisation proposant une offre infirmière.</i></p>	<p>La structure dispose d'une offre de soins infirmiers (IDE ou IPA). <i>Cette offre peut prendre la forme soit : d'un IDE/IPA salarié du CDS ou encore d'un partenariat formalisé avec une organisation proposant une offre infirmière.</i></p>
SAS/PDSA	<p>La structure est intégrée aux SNP régulés et s'organise pour répondre au besoin, selon ses capacités</p> <p><i>La structure s'organise pour qu'au moins 50 % des médecins (associés et salariés pour les MSP) participent au dispositif SAS et pour répondre aux sollicitations du régulateur du SAS selon les capacités de la structure.</i></p> <p><i>La participation des médecins à la PDSA peut permettre de valider cet indicateur.</i></p>	<p>La structure est intégrée aux SNP régulés et s'organise pour répondre au besoin, selon ses capacités</p> <p><i>Au travers du SAS, et dans ce cas, le centre de santé doit (conditions cumulatives) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Être installé dans un département dans lequel le SAS est déployé et opérationnel ; – Déclarer sa participation au SAS en s'inscrivant sur la plateforme nationale SAS ; – 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. <p><i>Prise en compte des difficultés locales pour apprécier l'atteinte de l'indicateur.</i></p> <p><i>La participation d'au moins 1 des médecins salariés du CDS à la PDSA peut permettre de valider cet indicateur.</i></p>

9 La rémunération pour l'atteinte du socle est **modulée par la file active** de la structure.

FRANCE SANTÉ MSP / CDS POLYVALENT – MÉDICAL : LES INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Les indicateurs complémentaires sont organisées autour de **4 briques** thématiques

Accès aux soins

Prévention

Vulnérabilité

Parcours

Au sein de chaque brique, les indicateurs ont été pensés par les partenaires conventionnels pour répondre à 3 grands principes :

- **Liberté** la structure est libre de s'investir, en fonction de son territoire et de son projet de santé, dans les objectifs qu'elle jugera les plus pertinents parmi la liste de propositions ;
- **Simplicité** ces objectifs peuvent être des objectifs de résultats ou de moyens ; dans les deux cas, ils sont facilement mesurables, sans mobilisation des moyens dédiés pour réaliser l'évaluation des résultats ;
- **Efficacité** l'atteinte de ces objectifs participe effectivement à l'amélioration de la prise en charge des patients comme des conditions d'exercice des professionnels au sein de la structure.

Pour chacune des 4 briques :








- la rémunération est modulée par la file active de la structure
- la structure devra atteindre au moins deux objectifs par brique pour déclencher la rémunération associée à la brique correspondante

FRANCE SANTÉ MSP : LES INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

- En violet : focus médecins
- En vert : pluri-professions

 Indicateur déclaratif

En italique : modalités précises d'atteinte à définir dans un avenant 2 d'ici fin 2026

Accès aux soins	Prévention	Vulnérabilité	Parcours
<ul style="list-style-type: none"> • Amplitude horaire élargie  • Offre SNP élargie • <u>Soins à domicile / aller-vers</u> • Renforcer l'offre dans les territoires fragiles  	<ul style="list-style-type: none"> • Bilans Prévention et/ou <u>bilans partagés de médication</u> • Santé mentale / psychiatrie  • Vaccination • Dépistages 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des patients vulnérables (C2S / AME) • Vulnérabilité psycho-sociale via partenariats  • Accueil de patients en situation de handicap  • Repérage précoce de perte d'autonomie (ICOPE)  	<ul style="list-style-type: none"> • Participation aux parcours nationaux • FA d'équipe • <u>Participation à « 0 patients ALD sans MT »</u> • Accès au second recours / lien ville-hôpital 











Les indicateurs complémentaires ne seront mis en œuvre qu'à compter de 2027, pour un paiement en 2028.

FRANCE SANTÉ CDS: LES INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES



Indicateur
déclaratif

En italique : modalités précises d'atteinte à définir dans un avenant 2 d'ici fin 2026

Accès aux soins	Prévention	Vulnérabilité	Parcours
<ul style="list-style-type: none"> • Amplitude horaire élargie • Offre SNP élargie  • <u>Soins à domicile / aller-vers</u> • Renforcer l'offre dans les territoires fragiles  • <u>Valoriser la participation à l'action « 0 patient ALD sans MT »</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistages • Vaccination • Bilans Prévention ou <u><i>bilans partagés de médication</i></u> • Santé mentale / psychiatrie  	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des patients vulnérables (C2S / AME) • Vulnérabilité psycho-sociale via partenariats  • Accueil de patients en situation de handicap  • Repérage précoce de perte d'autonomie (ICOPE)  	<ul style="list-style-type: none"> • Participation aux parcours nationaux MRTC ou PCR • Faciliter la prise en charge des patients en entrée et/ou sortie d'hospitalisation  • Accès au second recours 



Les indicateurs complémentaires ne seront mis en œuvre qu'à compter de 2027, pour un paiement en 2028.

*Pour vous permettre d'anticiper les années suivantes,
premier niveau de détail des indicateurs complémentaires
dans les diapositives suivantes, non commentées en
webinaire*

BRIQUE 1 FRANCE SANTE MSP : ACCES AUX SOINS

Indicateurs	Critères France Santé (indicateurs compl.)	Proposition de seuil
Valoriser une amplitude horaires élargies	[Ouverture au moins 3 jours par semaine au-delà de 20h] <u>OU</u> [Ouverture tous les samedis matins avec présence de MG]	Déclaratif
Valoriser la mise en place d'une offre élargie en soins non programmés	[Participation au SAS ET à la PDSA en tant qu'effecteur (médecin +/- chirurgien-dentiste / sage-femme / infirmier le cas échéant)] <u>OU</u> [Participation au SAS OU à la PDSA en tant que régulateur (médecin, chirurgien-dentiste)]	- Au moins 40% des PS participent au SAS et à la PDSA en tant qu'effecteurs <u>OU</u> - Au moins 15 % des PS participent au SAS ou à la PDSA en tant que régulateur
Valoriser l'organisation de la structure pour favoriser une offre de soins à domicile ou d'aller vers	[Le taux d'activité à domicile et/ou EHPAD (hors IDE, y compris IPA) par rapport à l'activité globale doit être supérieur à un certain seuil à fixer] <u>OU</u> les téléconsultations assistées à domicile par IDE (hors recours aux plateformes de téléconsultations)	Ce taux sera fixé en CPN
Valoriser les organisations mises en place pour améliorer l'offre médicale dans les territoires en grande difficulté	<u>[MSP hors ZIP : lieu de consultation situé en ZIP et assurée par la MSP]</u> <u>OU</u> <u>[MSP en ZIP : création d'une nouvelle ligne médicale de renforts supplémentaires]</u> <u>OU</u> [Les pharmacies situées en ZIP proposant des téléconsultations assistées avec les médecins de la MSP]	- Nombre de jours de présence médicale supérieur à 50 jours en ZIP <u>OU</u> - Contractualisation avec une pharmacie située en ZIP pour que les médecins de la MSP réalisent des téléconsultations assistées par un pharmacien.

BRIQUE 2 FRANCE SANTE MSP : PRÉVENTION

Indicateurs	Critères France Santé (indicateurs compl.)	Proposition de seuil
<p>Valoriser l'organisation de la structure qui permettra la réalisation des bilans de prévention réalisés auprès des patients les plus précaires (C2S) et/ ou des bilans partagés de médication auprès des patients à risque iatrogénique</p>	<p>[le taux de patient éligibles ayant bénéficié d'un « MBP » sur l'année N de référence parmi les patients C2S de la FA de la structure] <u>OU</u> [le taux de patient éligibles ayant eu un « BPM » sur l'année N de référence]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Seuil supérieur à 10% des patients éligibles pour « MBP » <u>OU</u> - Pour « BPM » : définition et modalités d'atteinte à fixer dans l'avenant 2
<p>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)</p>	<p>Disposer au sein de la structure d'un accès à : [Un psychologue conventionné « Mon soutien psy » ou intégré au dispositif « Santé Psy Etudiants » ou « Mesure 31 du Ségur de la Santé] <u>OU</u> [IPA psychiatrie et santé mentale] <u>OU</u> [Psychiatre]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 0,5 ETP psychologue « Mon soutien psy » <u>OU</u> - 0,5 ETP IPA en psychiatrie et santé mentale <u>OU</u> - Psychiatre à hauteur de 1 journée par mois
<p>Valoriser l'atteinte de seuils sur 5 indicateurs de dépistage, notamment pour patients précaires</p>	<p>Atteindre des taux cibles sur les indicateurs de dépistage, au moins 2 sur les 5 dépistages :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cancer du sein - Cancer du col de l'utérus - Cancer colorectal - Maladies rénales chroniques - Diabète par glycémie à jeun 	<ul style="list-style-type: none"> - Cancer du sein : 60 % - Col de l'utérus : 60% - Cancer colorectal : 50 % - Maladies rénales chroniques : 50 % - Diabète par glycémie à jeun : 90 %
<p>Valoriser l'atteinte de seuils sur 4 indicateurs de vaccination, notamment pour patients précaires</p>	<p>Atteindre des taux cibles sur les indicateurs de vaccination, au moins 2 sur les 4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La grippe - La covid - Pneumocoque - HPV 	<ul style="list-style-type: none"> - Grippe : 65% - Covid : 40% - Pneumocoque : 50% - HPV : 50%

BRIQUE 3 FRANCE SANTE MSP : VULNERABILITE

Indicateurs	Critères France Santé (indicateurs compl.)	Proposition de seuil
Valoriser la prise en charge par la structure des patients en situation de vulnérabilité	<p>[Taux de patients C2S de la FA de la structure supérieur à un certain seuil, définit en fonction du taux de référence C2S]</p> <p>ET/OU</p> <p>[Taux de patients AME de la FA de la structure supérieur à un certain seuil, définit en fonction du taux de référence AME]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pour 2027, taux C2S OU AME supérieur au taux nationaux de référence - À compter de 2028, taux de C2S ET AME supérieur au taux nationaux de référence
Valoriser l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité psychosociale	[Organisation spécifique et mise à disposition de moyens particuliers pour l'accueil et prise en charge de patients vulnérables]	Déclaratif (convention de partenariat ou recours à une fonction dédiée)
Valoriser la prise en charge par la structure de patients en situation de handicap	<p>[Disposer de locaux adaptés]</p> <p>ET</p> <p>[Signature d'une charte pour un meilleur accès aux soins des personnes en situation de handicap et description au sein de la charte d'engagement de l'organisation pour accueillir ce type de patient]</p> <p>OU</p> <p>[Disposer de locaux adaptés et Convention de partenariat avec ESMS]</p>	<p>La structure (au moins l'un des sites le cas échéant) est enregistré dans l'annuaire des cabinets accessibles disponible sur Santé.fr</p> <p>ET</p> <p>Signature d'une charte (ex: charte Romain Jacob) et description au sein de la charte d'engagement de l'organisation pour accueillir ce type de patient</p> <p>OU</p> <p>- Convention de partenariat avec des structures ESMS dans le champ du handicap.</p>
Valoriser les actions de repérage précoce de la perte d'autonomie (ICOPE)	[Protocole d'organisation permettant de généraliser le repérage et développer un projet de santé personnalisé]	Déclaratif

BRIQUE 4 FRANCE SANTE MSP : PARCOURS

Indicateurs	Critères France Santé (indicateurs compl.)	Proposition de seuil
<p>Valoriser l'implication des structures à la participation aux parcours nationaux</p>	<p>Référencement MRTC (Mission Retrouve Ton Cap) et nombre de patients pris en charge dans ce cadre</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Implication de la structure dans les PCR</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 10 patients par an pris en charge dans le cadre de MRTC <li style="text-align: center;">OU - Être référencé comme structure de coordination dans un PCR et prendre en charge au moins 10 patients dans l'année dans le parcours correspondant <li style="text-align: center;">OU - Ou avoir au moins un professionnel de santé inclut dans une équipe d'intervention d'un PCR qui prend en charge au moins 10 patients dans l'année.
<p>Valoriser le Taux de FA d'équipe parmi les patients ALD</p>	<p>La structure assure une coordination renforcée de sa patientèle et notamment de sa patientèle ALD</p> <p><i>[Parmi les patients en ALD qui ont consommé des soins de médecine générale dans l'année au sein de la structure et d'autres soins (hors pharmaciens et biologistes), la part ces soins consommés au sein de la structure (associés ou salariés de la MSP) est supérieur à un seuil]</i></p>	<p>Définition et modalités d'atteinte à fixer en CPN</p>
<p>Valoriser la participation à l'action « 0 patients ALD sans MT »</p>	<p>Participation à l'action « 0 patients en ALD sans MT »</p>	<p>Définition et modalités d'atteinte à fixer en CPN</p>
<p>Valoriser l'organisation de la structure en faveur d'une diminution du délai d'accès à des spécialistes ou d'une meilleure articulation du lien ville-hôpital.</p>	<p>[Organisation avec des ESS, CPTS, structures hospitalières, etc.]</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>[Présence de médecins spécialistes en secteur 1 ou secteur 2 OPTAM au sein de la structure ou non (pour des spécialités particulièrement en tension)]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Présence d'au moins 1 spécialiste (hors MG) en secteur 1 ou secteur 2 OPTAM dans la structure (associé ou vacataire) <li style="text-align: center;">OU - Convention de partenariat avec ESS <li style="text-align: center;">OU - Convention de partenariat avec ES

BRIQUE 1 FRANCE SANTE CDS : ACCES AUX SOINS

Indicateurs	Critères France Santé (indicateurs compl.)	Proposition de seuil
Valoriser une amplitude horaires élargies	[horaire d'ouverture supérieure ou égale à 10 heures par jour en semaine] OU [Ouverture tous les samedis matins avec présence de MG]	Déclaratif
Valoriser la mise en place d'une offre élargie en soins non programmés	[Participation au SAS ET à la PDSA en tant qu'effecteur (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, infirmier)] OU [Participation au SAS OU à la PDSA en tant que régulateur (médecin, chirurgien-dentiste)]	- Au moins 20% des PS salariés participent au SAS et à la PDSA en tant qu'effecteurs OU - Au moins 10% des PS participent au SAS ou à la PDSA en tant que régulateur
Soins à domicile ou d'aller vers	[Le taux d'activité à domicile et/ou EHPAD (hors IDE) par rapport à l'activité globale doit être supérieur à un certain seuil à fixer] OU les téléconsultations assistées à domicile par IDE (hors recours aux plateformes de téléconsultations)	Définition et modalités d'atteinte à fixer dans l'avenant 2
Valoriser les organisations mises en place pour améliorer l'offre médicale dans les territoires en grande difficulté	[<u>CDS hors ZIP</u> : organisation mise en place afin d'assurer des consultations en ZIP et assurée par le CDS] OU [<u>CDS en ZIP</u> : création d'une nouvelle ligne médicale supplémentaire via un système de rotation de médecins salariés pour de courtes durées] OU [<u>CDS en ZIP</u> : création d'une nouvelle ligne médicale supplémentaire en ZIP (valorisable une seule fois, si et seulement si la structure a recruté 1 ETP de médecin supplémentaire par rapport à l'année antérieure)]	- Nombre de jours de présence médicale supérieur à 50 jours en ZIP par une organisation spécifique du CDS (ex : antenne) OU - création d'une nouvelle ligne médicale supplémentaire
Valoriser la participation à l'action « 0 patients ALD sans MT »	Participation à l'action « 0 patients en ALD sans MT »	Définition et modalités d'atteinte à fixer dans l'avenant 2

BRIQUE 2 FRANCE SANTE CDS : PRÉVENTION

Indicateurs	Critères France Santé (indicateurs compl.)	Proposition de seuil
<p>Valoriser l'atteinte de seuils sur 5 indicateurs de dépistage, notamment pour patients précaires</p>	<p>Atteindre des taux cibles sur les indicateurs de dépistage, au moins 2 sur les 5 dépistages :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cancer du sein - Cancer du col de l'utérus - Cancer colorectal - Maladies rénales chroniques - Diabète par glycémie à jeun 	<ul style="list-style-type: none"> - Cancer du sein : 60 % - Col de l'utérus : 60% - Cancer colorectal : 50 % - Maladies rénales chroniques : 50 % - Diabète par glycémie à jeun : 90 %
<p>Valoriser l'atteinte de seuils sur 4 indicateurs de vaccination, notamment pour patients précaires</p>	<p>Atteindre des taux cibles sur les indicateurs de vaccination, au moins 2 sur les 4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La grippe - La covid - Pneumocoque - HPV 	<ul style="list-style-type: none"> - Grippe : 65% - Covid : 40% - Pneumocoque : 50% - HPV : 50%
<p>Valoriser l'organisation de la structure qui permettra la réalisation des bilans de prévention réalisés auprès des patients les plus précaires (C2S) et/ ou des bilans partagés de médication auprès des patients à risque iatrogénique</p>	<p>[le taux de patient éligibles ayant bénéficié d'un « MBP » sur l'année N de référence parmi les patients C2S de la FA de la structure]</p> <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> <p>[le taux de patient éligibles ayant eu un « BPM » sur l'année N de référence]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Seuil supérieur à 10% des patients éligibles pour « MBP » <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour « BPM » : définition et modalités d'atteinte à fixer dans l'avenant 2
<p>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)</p>	<p>Disposer au sein de la structure d'un accès à :</p> <p>[Un psychologue conventionné « Mon soutien psy » ou intégré au dispositif « Santé Psy Etudiants » ou « Mesure 31 du Ségur de la Santé »]</p> <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> <p>[IPA psychiatrie et santé mentale]</p> <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> <p>[Psychiatre]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 0,5 ETP psychologue « Mon soutien psy » <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 0,5 ETP IPA en psychiatrie et santé mentale <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychiatre à hauteur de 1 journée par mois

BRIQUE 3 FRANCE SANTE CDS : VULNERABILITE

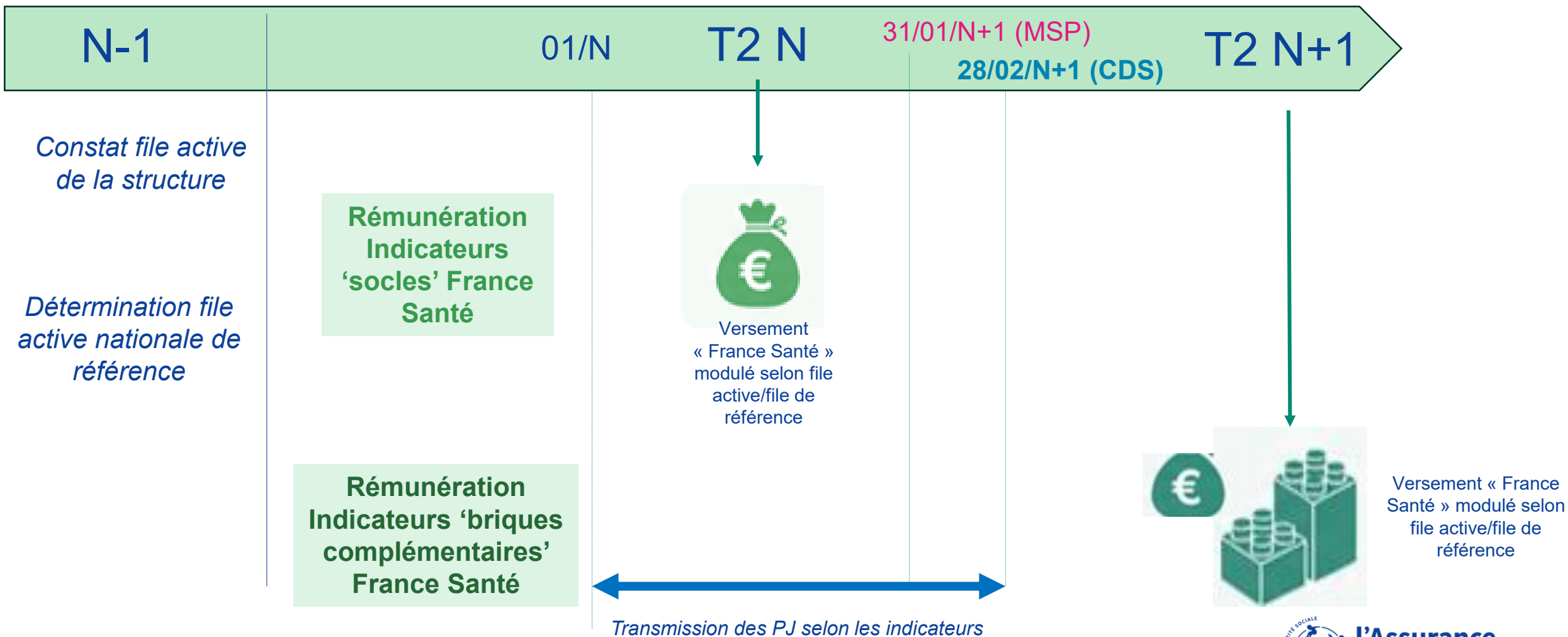
Indicateurs	Critères France Santé (indicateurs compl.)	Proposition de seuil
Valoriser la prise en charge par la structure des patients en situation de vulnérabilité	<p>[Taux de patients C2S de la FA de la structure supérieur à un certain seuil, définit en fonction du taux de référence C2S]</p> <p>ET/OU</p> <p>[Taux de patients AME de la FA de la structure supérieur à un certain seuil, définit en fonction du taux de référence AME]</p>	Taux de patients C2S OU AME de la FA du CDS supérieur à 1,2 fois les taux nationaux de référence
Valoriser l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité psychosociale	[Organisation spécifique et mise à disposition de moyens particuliers pour l'accueil et prise en charge de patients vulnérables]	Déclaratif (convention de partenariat ou protocolisation du parcours ou recours à une fonction dédiée)
Valoriser la prise en charge par la structure de patients en situation de handicap	<p>[Disposer de locaux adaptés]</p> <p>ET</p> <p>[Signature d'une charte pour un meilleur accès aux soins des personnes en situation de handicap et description au sein de la charte d'engagement de l'organisation pour accueillir ce type de patient]</p> <p>OU</p> <p>[Disposer de locaux adaptés et Convention de partenariat avec ESMS]</p>	<p>la structure est enregistrée dans l'annuaire des cabinets accessibles disponible sur Santé.fr (dès lors que l'annuaire permettra aux CDS de s'y enregistrer)</p> <p>ET</p> <p>Signature d'une charte (ex: charte Romain Jacob) et description au sein de la charte d'engagement de l'organisation pour accueillir ce type de patient</p> <p>OU</p> <p>Convention de partenariat avec des structures ESMS dans le champ du handicap.</p>
Valoriser les actions de repérage précoce de la perte d'autonomie (ICOPE)	[Protocole d'organisation permettant de généraliser le repérage et développer un projet de santé personnalisé]	Déclaratif

BRIQUE 4 FRANCE SANTE CDS : PARCOURS

Indicateurs	Critères France Santé (indicateurs compl.)	Proposition de seuil
<p>Valoriser l'implication des structures à la participation aux parcours nationaux</p>	<p>Référencement MRTC (Mission Retrouve Ton Cap) et nombre de patients pris en charge dans ce cadre</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Implication de la structure dans les PCR et nombre de patients pris en charge dans ce cadre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Être référencé dans le parcours MRTC et prendre en charge au moins 10 patients par an <li style="text-align: center;">OU - Être référencé comme structure de coordination dans un PCR et prendre en charge au moins 10 patients dans l'année dans le parcours correspondant <li style="text-align: center;">OU - Ou participation des PS salariés dans une équipe d'intervention d'un PCR qui prend en charge au moins 10 patients dans l'année
<p>Valoriser l'implication de la structure pour faciliter la prise en charge des patients en entrée et/ou sortie d'hospitalisation</p>	<p>[Organisation interne pour la prise en charge de patients en sortie d'hospitalisation]</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>[Articulation avec les acteurs du territoire pour faciliter les parcours d'entrée/sortie d'hospitalisation de sa patientèle]</p>	<p style="text-align: center;">Indicateur déclaratif (convention de partenariat, ...)</p>
<p>Valoriser l'organisation de la structure en faveur d'une diminution du délai d'accès à des spécialistes</p>	<p>[Organisation avec des ESS, CPTS, structures hospitalières, etc.]</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>[Présence de médecins spécialistes salariés au sein de la structure (pour des spécialités particulièrement en tension)]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Présence d'au moins 1 spécialiste (hors MG) salarié du CDS <li style="text-align: center;">OU - Convention de partenariat avec ESS, ES, ...

FRANCE SANTÉ – RÉMUNÉRATION ASSOCIÉE MOYENNE

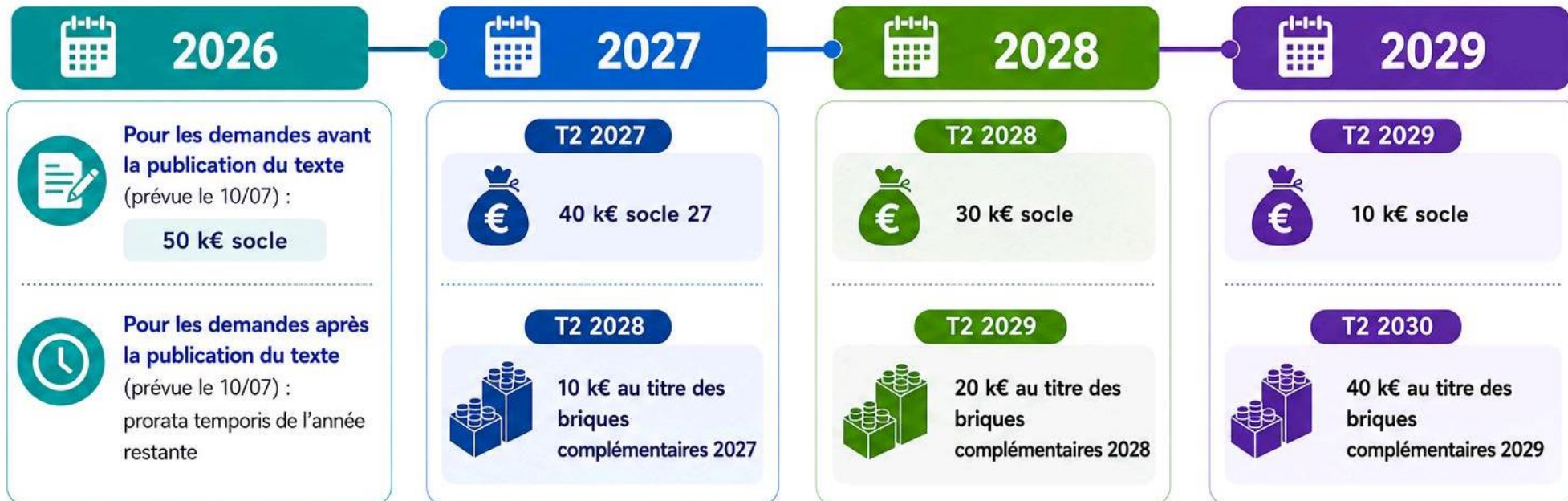
EN FONCTIONNEMENT PERENNE, LES GRANDS PRINCIPES



FRANCE SANTÉ – RÉMUNÉRATION ASSOCIÉE **MOYENNE**



Pour tenir compte d'un lancement France Santé courant 2026,
il est proposé de faire monter progressivement le poids des rémunérations liées aux briques additionnelles



Les montants sont modulés selon la FA de la structure (les montants affichés correspondent à une FA médiane)



Les critères additionnels sont systématiquement payés en année N+1



Clause de revoyure en 2028 pour le cas échéant revoir la chronique financière au regard de l'atteinte des indicateurs et du bilan qui sera réalisé en CPN



Pour permettre un financement rapide de France Santé au titre de 2026 : les structures qui transmettent leur demande avant l'entrée en vigueur de l'avenant (jusqu'au 10/07 inclus) pourront débloquer le financement complet au titre de 2026, dès que leur dossier sera complet (engagement + label)





**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

« France Santé »

2. EN PRATIQUE

pour les MSP et les CDS signataires de l'ACI et de
l'Accord national



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

FRANCE SANTÉ – PROCESS PRATIQUE

- 1 La **structure s'engage sur le Socle France Santé** via un **formulaire en ligne** ([Démarche Numérique](#))
 - Si la structure est déjà labellisée, elle dépose son courrier de labellisation en PJ directement sur la plateforme Démarche Numérique
 - Si la structure n'est pas encore labellisée, l'ARS, une fois la labellisation validée, déposera le courrier directement sur la plateforme dans le dossier de la structure.
- 2 La **CPAM est notifiée** automatiquement, elle vérifie que le formulaire est complet (engagement + courrier de labellisation)
- 3 La **CNAM détermine le montant** à verser à chaque structure (atteinte indicateurs socle + modulation file active + proratisation éventuelle)
- 4 La **CPAM procède au versement si le dossier est complet** (engagements, via le formulaire + courrier de labellisation).

La labellisation est indispensable au versement, en revanche la date de labellisation n'a pas d'impact : seule la date de dépôt du formulaire sur la plateforme fait foi pour savoir si le montant doit être proratisé ou non.

FRANCE SANTÉ PROCESS PRATIQUE 2026

Rémunération conventionnelle « France santé » Modalités de versement de la rémunération socle en 2026

Conformément à l'Avenant 1 de l'Accord national des Centres de santé et à l'Avenant 2 de l'ACI relatif aux structures pluriprofessionnelles, **seule la rémunération socle France santé est due en 2026.**

Les indicateurs complémentaires France santé ne sont pas applicables en 2026

QUAND LE FORMULAIRE D'ENGAGEMENT EST-IL DÉPOSÉ ?

01/01/2026

10/07/2026

31/12/2026

VERSEMENT INTÉGRAL

VERSEMENT PRORATISÉ

CAS 1

DÉPÔT DU FORMULAIRE COMPLET
(avec courrier de labellisation)
JUSQU'AU 10 JUILLET 2026



**VERSEMENT DE 100 %
DU MONTANT SOCLE 2026**

- ✓ Montant modulé selon la file active au 31/12/2025
- ✓ Paiement possible dès réception du formulaire complet (avec courrier de labellisation)

CAS 2

DÉPÔT DU FORMULAIRE COMPLET
(sans courrier de labellisation)
JUSQU'AU 10 JUILLET 2026



**VERSEMENT DE 100 %
DU MONTANT SOCLE 2026**

- ✓ Montant modulé selon la file active au 31/12/2025
- ✓ Paiement possible dès réception du formulaire complet (sans courrier de labellisation)



**COURRIER DE LABELLISATION
ARS ATTENDU**



**AUCUN PAIEMENT POSSIBLE
TANT QUE LE DOCUMENT
N'EST PAS TRANSMIS**

- 📄 Dépôt du courrier sur Démarche Numérique
- ↓
- 🔓 Déblocage du paiement
- ↓
- € Versement de l'intégralité du montant socle 2026, modulé par la file active au 31/12/2025

CAS 3

DÉPÔT DU FORMULAIRE COMPLET
(avec courrier de labellisation)
**ENTRE LE 11 JUILLET ET
LE 31 DÉCEMBRE 2026**



VERSEMENT DU MONTANT SOCLE 2026

- ✓ Montant modulé selon la file active au 31/12/2025
- ✓ Proratisé selon la date de dépôt du formulaire complet (avec courrier de labellisation)
- 📄 Transmission du courrier de labellisation ARS obligatoire via Démarche Numérique



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Merci pour votre attention !

Place à vos questions...