

CIRCULAIRE

CIR-15/2026

Date :

21/09/2026

Domaine(s) :

Gestion du dossier client
professionnels de sante

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐
Provisoire	☐

Objet :

Maisons de santé
pluriprofessionnelles -
présentation du nouvel avenant 2
à l'ACI MSP

Liens:**Liens externes :****Plan de classement :**

P04 GESTION DU DOSSIER CLIENT
PROFESSIONNELS DE SANTE

Emetteur(s) :

DDGOS / DDRO

Pièces jointes : 2**à Mesdames et Messieurs les :**

Directeurs ☒ | Cnam ☒ CPAM ☒ CGSS ☒ CSS Mayotte ☒

DCGDR ☒

Directeurs médicaux ☒ | Régionaux ☒ Directeurs médicaux ☒

Pour mise en œuvre immédiate**Résumé :**

L'avenant 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles a été signé le 5 juin 2026 par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), 24 syndicats représentatifs de différentes professions de santé libérales et les 9 organisations représentatives centres de santé, ainsi que l'Unocam (Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie). Il est entré en vigueur le 10 juillet 2026.

Les mesures portées par l'avenant s'inscrivent en premier lieu dans le cadre de la création d'un réseau « France santé » inscrit dans la loi par la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2026 (article 63).

Mots clés :

Accord conventionnel interprofessionnel; France Santé; Maisons de santé pluriprofessionnelles

**La Directrice Déléguée du réseau et des
opérations**



Aurélie COMBAS-RICHARD

**Le Directeur Délégué à la Gestion et à
l'Organisation des Soins**



Guillaume COUILLARD

Objet : **Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) – présentation de l'avenant 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles**

Affaire suivie par : DDGOS/DOS/DPROF – Département des professions de santé

SOMMAIRE DE LA CIRCULAIRE

1/ Contexte

2/ Modalités de valorisation des maisons de santé intégrées au réseau « France Santé »

3/ Modifications inscrites au contrat ACI MSP (hors « France Santé »)

4/ Dispositif d'Incitation à une prise en charge partagée (IPEP)

I. Contexte

L'avenant n° 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles a été signé le 5 juin 2026 par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), 24 syndicats représentatifs de différentes professions de santé libérales et les 9 organisations représentatives centres de santé, ainsi que l'Unocam (Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire).

Ce texte a fait l'objet d'une approbation par un arrêté du 1er juillet 2026 des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, publié au Journal Officiel du 9 juillet 2026 (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCITA000054399587>) et a fait l'objet d'un arrêté modificatif (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000054486679>) en date du 17 juillet 2026. Cet arrêté modificatif ne modifie pas la date d'entrée en vigueur de l'avenant n° 2 qui est le **10 juillet 2026**.

Ainsi, les dispositions de l'avenant n°2 sont entrées vigueur le 10 juillet 2026 (sauf les dispositions pour lesquelles une date ultérieure a été définie dans le texte de l'avenant).

Les mesures portées par l'avenant n°2 s'inscrivent en premier lieu dans le cadre de la création d'un réseau « France santé » créé par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2026 (article 63) <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000053226384>. Son objectif est de garantir à chaque citoyen une offre de soins de premier recours accessible et de qualité, partout sur le territoire, à proximité de son domicile.

L'avenant n° 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles, approuvé par arrêté, est consultable sur le site Légifrance <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000054486679>.

La version consolidée de l'accord est quant à elle disponible sur le site Ameli.fr <https://www.ameli.fr/paris/exercice-coordonne/textes-reference/accord-national-structure-sante/aci-pour-les-structures-de-sante>.

La présente circulaire a pour objet de présenter ce nouveau texte conventionnel, dont les principales mesures portent sur :

- Les modalités de valorisation des maisons de santé pluriprofessionnelle intégrées au réseau « France Santé » ;
- Les modifications au contrat et les indicateurs de la rémunération ACI MSP ;
- L'intégration des structures au dispositif d'Incitation à une prise en charge partagée (IPEP).

II. Modalités de valorisation des maisons de santé pluriprofessionnelles intégrées au réseau « France Santé »

Les structures éligibles

Le dispositif de valorisation spécifique au dispositif France Santé s'adresse aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) qui souhaitent rejoindre le réseau France Santé. Les structures qui ne souhaitent pas s'engager dans France Santé peuvent continuer à bénéficier des rémunérations au titre de l'ACI.

Pour bénéficier des financements conventionnels spécifiques à France Santé, la structure doit satisfaire aux conditions cumulatives suivantes :

- Être signataire du contrat relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles ;
- Respecter les indicateurs socles de l'ACI (article 3.1) ;
- S'engager à respecter les indicateurs socles spécifiques France Santé décrits ci-dessous.

Les structures répondant à ces critères et souhaitant s'engager dans le dispositif France Santé en font la déclaration sur la plateforme <https://demarche.numerique.gouv.fr/commencer/declaration-d-intention-france-sante>.

Elles doivent ainsi y déclarer leur engagement en validant le formulaire dédié et y déposer, le cas échéant, le courrier de labellisation du réseau France Santé délivré par l'ARS.

2.1 Architecture de la rémunération conventionnelle France Santé

Le dispositif s'articule autour **d'indicateurs socles spécifiques France Santé** ouvrant droit au versement du socle France Santé (cf. point 2.3) et **d'indicateurs complémentaires spécifiques** France Santé répartis en 4 briques (accès aux soins ; prévention ; vulnérabilité ; parcours).

A. Les indicateurs socles France Santé

L'avenant n° 2 inscrit trois indicateurs socles cumulatifs, nécessaires pour prétendre au versement de la rémunération socle France Santé.

Indicateurs socles	Description
Garantir l'accessibilité financière des soins	La structure doit proposer au moins 80 % des consultations de médecine générale réalisées à tarif opposable. La structure doit donc compter parmi les professionnels de santé la structure des médecins généralistes associés et/ou salariés à la MSP.
Présence d'un infirmier	La structure doit disposer parmi ses effectifs d'une offre de soins primaires infirmiers (IDE ou IPA) équivalent a minima à 0,5 ETP/semaine (associé ou vacataire). A défaut d'effectif au sein de sa structure, il est également possible pour la MSP de formaliser un partenariat avec une organisation proposant une offre d'infirmier (centre de santé,

	SSIAD, cabinets libéraux IDE...) pour permettre la prise en charge des soins infirmiers pour les patients de la MSP. Les infirmières déléguées à la santé publique ne sont pas comptabilisées pour l'atteinte de cet indicateur.
Soins non programmés	La structure satisfait à cet indicateur si au moins 50 % des médecins associés, et le cas échéant des médecins salariés de la MSP, participent : - Soit au Service d'accès aux soins (SAS), dans les conditions prévues par la convention médicale, avec une organisation permettant de répondre aux sollicitations du régulateur selon les capacités de la structure - Soit à la permanence des soins ambulatoires (PDSA), en assurant des missions de régulation et/ou d'effecteur.

Au global, les structures France santé répondent à 5 critères fixés par le Gouvernement pour être labellisées :

- *Garantir la présence d'un **médecin généraliste** pour le suivi des patients (médecin traitant) ;*
- *Assurer la présence et la coordination avec un **infirmier** (au sein de la structure ou à proximité) ;*
- *Être ouvert au public au moins **cinq jours par semaine** ;*
- *Appliquer des **tarifs sans dépassement d'honoraires** ;*
- ***Proposer un rdv dans les 48h lorsque l'état de santé du patient le nécessite** (en lien par exemple avec le Service d'Accès aux Soins). »*

B. Les indicateurs complémentaires spécifiques France Santé

Principes généraux

En complément des **indicateurs socles spécifiques France Santé**, le dispositif de financement conventionnel prévoit des **indicateurs complémentaires** destinés à valoriser les organisations mises en œuvre par les structures au-delà des exigences minimales requises pour bénéficier du label France Santé.

Ces indicateurs ont vocation à reconnaître les structures qui développent des organisations répondant aux priorités nationales en matière d'accès aux soins, de prévention, de prise en charge des publics vulnérables et de coordination des parcours de soins.

Les indicateurs complémentaires sont regroupés en **quatre briques thématiques** :

- L'accès aux soins ;
- La prévention ;
- La prise en charge des situations de vulnérabilité ;
- L'organisation des parcours de soins.

Les quatre briques sont indépendantes.

Pour chacune d'elles, la MSP doit atteindre **au moins deux indicateurs** sur les quatre proposés, afin de valider la brique correspondante.

La validation d'une brique ouvre droit à la rémunération associée, sous réserve que les indicateurs socles aient été préalablement respectés.

Les modalités de calcul de cette rémunération sont précisées au point 2.2 de la présente circulaire.

Description du contenu des indicateurs des différentes briques

❖ Les indicateurs de la brique 1 « Accès aux soins »

Cette première brique valorise les organisations permettant d'améliorer l'accès aux soins de la patientèle, notamment en développant l'offre de soins à domicile, en proposant des horaires élargis, en mettant en place une prise en charge des soins non programmés et en renforçant la présence médicale dans les territoires les plus fragiles.

Elle comprend les indicateurs suivants :

1. **Proposer une offre de soins élargie** avec une amplitude horaire le soir au-delà de 20h au moins 3 jours par semaine ou tous les samedis matin avec présence d'un médecin généraliste ;
2. **Renforcer l'offre en soins non programmés** au travers des dispositifs SAS et PDSA soit par la participation des professionnels de santé associés de la SISA (en fonction des dispositions réglementaires et/ou conventionnelles le permettant) en tant qu'effecteur soit en tant que régulateur. *Les taux de participation sont précisés en annexe 2 de la présente circulaire ;*
3. **Développer des soins à domicile ou l'aller vers**, soit par la mise en place 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 assistée par les infirmiers (hors recours aux plateformes de téléconsultation) ;
4. **Renforcer l'offre médicale dans les territoires en grande difficulté** en assurant, au moins 50 jours par an, une présence médicale en ZIP selon l'une de ces modalités, au choix de la structure :
 - Par la création d'une **ligne médicale supplémentaire**, lorsque la MSP est implantée en ZIP (par exemple, en intégrant un nouvel associé et/ou vacataire médecin généraliste dans la MSP) ;
 - Par l'organisation de **consultations dans un lieu situé en ZIP**, lorsque la MSP est implantée hors ZIP ;
 - Par la mise en place d'un **partenariat avec une pharmacie située en ZIP**, permettant la réalisation de téléconsultations par les médecins de la MSP avec l'assistance d'un pharmacien.

Ces indicateurs traduisent l'engagement de la MSP en faveur d'une amélioration concrète de l'accessibilité aux soins sur son territoire.

❖ Les indicateurs de la brique 2 « Prévention »

La deuxième brique vise à encourager les actions de prévention mises en place par les MSP. Elle comprend les indicateurs suivants :

1. **Mise en place d'une organisation favorisant le dépistage auprès de patients MT de la MSP** (cancer du sein ; col de l'utérus ; cancer colorectal ; maladies rénales chroniques ; diabète par glycémie à jeun pour les patients éligibles). *Les seuils sont précisés en annexe 2 de la présente circulaire ;*
2. **Mise en place d'une organisation favorisant la vaccination auprès de patients précaires MT de la MSP** (grippe ; covid ; pneumocoque ; HPV). *Les seuils sont précisés en annexe 2 de la présente circulaire ;*
3. **Proposer une organisation permettant la réalisation de bilans de prévention auprès des patients les plus précaires ou de bilans partagés de médication**

auprès des patients à risque iatrogénique. *Les seuils des taux de patients sont précisés en annexe 2 de la présente circulaire ;*

- 4. Proposer une offre de prise en charge sur la santé mentale pour sa patientèle.** A ce titre, la structure doit disposer a minima soit de 0,5 ETP de psychologue conventionné « Mon soutien psy », soit de 0,5 ETP d'IPA en psychiatrie, soit de permettre l'intervention de psychiatres à hauteur de 1 journée par mois. Il peut s'agir d'associés à la SISA ou de salariés à la MSP ou de vacataires.

Ces indicateurs traduisent la volonté des partenaires conventionnels de renforcer le rôle des maisons de santé dans la prévention et le repérage précoce des situations à risque.

❖ Les indicateurs de la brique 3 « Vulnérabilité »

La troisième brique valorise les organisations mises en œuvre en faveur des patients les plus vulnérables.

Elle comprend les indicateurs suivants :

- 1. La prise en charge des patients en situation de vulnérabilité** (patients AME et/ou C2S). *Les taux à atteindre sont précisés en annexe 2 de la présente circulaire ;*
- 2. L'accompagnement des patients en situation de vulnérabilité psychosociale** au travers de conventions de partenariats avec des acteurs sociaux, l'ASE et/ou des structures médico-sociales ou par une organisation interne dédiée (fonction dédiée pour l'accompagnement des patients dans leur parcours d'accès aux droits, à la prévention et aux soins) ;
- 3. La prise en charge des patients en situation de handicap** au travers de l'enregistrement de la structure dans l'annuaire des cabinets accessibles sur santé.fr et la signature d'une charte pour un meilleur accès aux soins de ces patients ou de convention de partenariat avec des structures ESMS dans le champ du handicap ;
- 4. La mise en œuvre d'une organisation permettant le repérage précoce de la perte d'autonomie (ICOPE).**

Ces indicateurs traduisent la volonté des partenaires conventionnels de valoriser les coopérations développées avec les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi que les organisations internes facilitant l'accompagnement de ces patients.

❖ Les indicateurs de la brique 4 « Parcours »

Cette quatrième brique vise à valoriser les MSP qui développent une organisation facilitant la coordination des parcours de soins.

Elle comprend les indicateurs suivants :

- 1. La participation aux parcours « Mission : retrouve ton cap » et/ou aux parcours coordonnés renforcés.** *Les seuils à atteindre sont précisés en annexe 2 de la présente circulaire.*
- 2. La coordination renforcée autour de sa patientèle en ALD** en tenant compte d'une file active d'équipe ;
- 3. La participation de la structure à l'action « 0 patient ALD sans MT ».** *Des précisions concernant la définition et les modalités d'atteinte de cet indicateur seront définies en Commission Paritaire Nationale (CPN ACI MSP) avant la fin de l'année 2026.*
- 4. La mise en place d'une organisation de la MSP afin de faciliter la prise en charge des patients en entrée et/ou sortie d'hospitalisation** en s'appuyant notamment sur la contractualisation de la structure avec des acteurs hospitaliers du territoire ; **ou la mise en place d'une organisation pour améliorer l'accès des patients de la MSP aux médecins spécialistes** en secteur 1 ou 2 OPTAM (hors médecin généraliste).

Ces indicateurs encouragent les MSP à se coordonner avec l'ensemble des acteurs du territoire afin d'améliorer la prise en charge des patients.

2.2 Modalités de calcul de la rémunération « France Santé »

La rémunération « France Santé » dépend du niveau d'atteinte des indicateurs par la MSP :

- Une rémunération d'un montant socle de **10 000 €** (modulé par la file active de la MSP) **est versée si la structure atteint tous les indicateurs socles**.
- Une fois les indicateurs socles atteints, la structure peut bénéficier de **rémunérations complémentaires**. Chaque brique peut apporter une rémunération de **10 000 € supplémentaires** (modulés par la file active de la MSP).

NB : Les montants indiqués sont ceux correspondant aux versements qui interviendront à partir de 2029 et les années suivantes.

La file active de la structure correspond au nombre de patients ayant eu deux contacts, à des dates différentes, quel que soit le professionnel de santé associé (hors pharmacien) ou salarié de la structure.

Cas particulier d'une nouvelle structure au sens de l'article 6.3 de l'ACI, c'est-à-dire avec un projet de santé validé depuis moins d'un an : la rémunération socle est fixe (montant selon l'année cf. schéma ci-dessous), sans application du multiplicateur lié à la file active mais avec proratisation en fonction de la date d'engagement.

A noter qu'au cours d'une même année civile, il ne peut y avoir qu'un socle versement au titre de France Santé ; ainsi, si la structure a bénéficié d'un financement FIR, elle ne pourra pas bénéficier du financement conventionnel.

Pour toute structure déjà adhérente à l'ACI et souhaitant adhérer au réseau France Santé en cours d'année, la rémunération est calculée **au prorata temporis en fonction de la date d'engagement de la structure dans le réseau « France Santé »** et sous réserve du dépôt du courrier de labellisation par l'ARS.

Pour tenir compte du lancement du dispositif France Santé, il est mis en place une montée progressive du poids des rémunérations complémentaires liées aux briques additionnelles comme suit :



2.3 Modalités de versement de la rémunération « France Santé »

Cas spécifique du versement du socle 2026

Conformément aux dispositions de l'avenant 2 à l'ACI MSP, seule la rémunération socle France Santé est due au titre de 2026 ; les indicateurs complémentaires France Santé ne sont pas applicables au titre de 2026.

Le versement du socle 2026 est géré de manière dérogatoire et selon le calendrier suivant :

- Pour les structures ayant complété le formulaire d'engagement et déposé leur courrier de labellisation sur la plateforme <https://demarche.numerique.gouv.fr/commencer/declaration-d-intention-france-sante> jusqu'au 10/07/2026 inclus, la totalité du montant socle défini pour l'année 2026 sera versé, modulé par la file active de la structure calculée au 31 décembre 2025.
- Pour les structures ayant complété le formulaire d'engagement jusqu'au 10/07/2026 inclus mais ne disposant pas encore du courrier de labellisation à cette date, le versement de cette rémunération est suspendu jusqu'au dépôt dudit courrier sur la plateforme Démarche Numérique. Dès réception de ce document, le versement de l'intégralité du montant socle sera réalisé, modulé par la file active de la structure calculée au 31 décembre 2025.
- Pour les structures qui valident le formulaire sur la plateforme à compter du 11 juillet 2026 et jusqu'au 31 décembre 2026 inclus, le montant socle à verser est celui défini pour l'année 2026, modulé par la file active de la structure au 31 décembre 2025, et proratisé en fonction de la date de validation du formulaire sur la plateforme. Ce versement demeure subordonné à la transmission du courrier de labellisation ARS via la Démarche Numérique.

A partir de 2027 et les années suivantes

Concernant la rémunération socle, le versement des montants correspondant au socle se fait annuellement au 30 avril de l'année N au titre de l'année N. Le montant de la rémunération socle dépend de l'année de référence (cf. schéma présenté en point 2.2 de la présente circulaire) et est modulé selon la file active de la structure.

Concernant la rémunération des indicateurs complémentaires, le versement intervient à l'issue du calcul des indicateurs, soit au plus tard le 30 avril de l'année qui suit l'année au titre de laquelle le versement est réalisé, soit au plus tard le 30 avril de l'année N+1 au titre de l'année N.

Les premiers calculs des indicateurs complémentaires France Santé se feront début 2028 au titre des données 2027.

Ces versements sont subordonnés à la transmission par la structure des justificatifs relatifs aux indicateurs socles et complémentaires de l'année N, dans les délais prévus à l'article 8.4 de l'ACI.

NB : les montants afférents, versés à partir de 2027, sont indiqués dans le schéma figurant au point 2.2 de la présente circulaire.

2.4 Contrôle des engagements socles et complémentaires France Santé par les caisses

En complétant le formulaire en ligne sur la plateforme <https://demarche.numerique.gouv.fr/commencer/declaration-d-intention-france-sante>, les maisons de santé pluriprofessionnelles s'engagent à respecter les indicateurs France Santé prévus par l'ACI MSP et à transmettre les pièces justificatives requises.

Conformément à l'article 8.4 de l'avenant n° 2, l'atteinte des indicateurs est appréciée sur une année civile. Selon les indicateurs, la vérification repose sur :

- Des données calculées par l'Assurance Maladie ;
- Des éléments déclaratifs renseignés par la MSP ;
- Des pièces justificatives transmises par la structure.

Un guide méthodologique accompagnant la mise en place du nouveau dispositif sera mis à disposition des structures sur Ameli.fr.

Les pièces justificatives doivent être adressées à la caisse tout au long de l'année de référence et, au plus tard, **avant le 31 janvier de l'année N+1**. La structure est tenue de conserver l'ensemble des justificatifs pendant une durée minimale de **cinq ans** et de les transmettre à l'Assurance Maladie ou à l'ARS sur demande. À défaut de production des justificatifs, l'indicateur concerné est considéré comme non atteint.

Au cours du premier trimestre de l'année N+1, la caisse procède au contrôle des engagements constatés au 31 décembre de l'année N. À l'issue de cette vérification, la structure reçoit un courrier précisant, pour chaque indicateur, si les objectifs ont été atteints ainsi que les rémunérations correspondantes.

- ⇒ Si la caisse constate en année N+1 le **non-respect des indicateurs socles de l'année N**, elle ne versera pas de rémunération au titre des indicateurs complémentaires de l'année N. La caisse procédera également à la notification d'un indu correspondant à la rémunération socle versée en année N au titre de l'année N.
- ⇒ Si la caisse constate en année N+1 la non-atteinte d'au moins 2 indicateurs par brique complémentaire au titre de l'année N, elle ne versera pas la rémunération liée à la brique concernée et informera la structure via le courrier de notification dédié.

Cette notification donne lieu, le cas échéant, à un échange contradictoire entre la caisse et la MSP.

2.5 Modalités de sortie du dispositif « France Santé »

Une structure peut décider, à tout moment, de se désengager du dispositif conventionnel de rémunération « France santé » en informant sa caisse d'assurance maladie de rattachement de son choix, par tout moyen (courrier, courriel, etc.) permettant de conférer date certaine à cette information. La caisse prend acte de cette sortie du dispositif à la date de réception de l'information et la notifie à la structure par tout moyen (courrier, courriel, etc.) permettant de conférer date certaine à cette notification.

La caisse procédera également à la vérification du respect des engagements socles et complémentaires. Si ce contrôle permet de constater le respect des engagements, elle pourra procéder au versement du solde de la rémunération due. Dans le cas contraire, aucune rémunération ne sera due pour l'année de sortie du dispositif et la caisse pourra notifier un indu si une rémunération socle a d'ores et déjà été versée au titre de cette même année.

La rémunération au titre de l'année de sortie se fait au *prorata temporis* de l'année écoulée. Le calcul interviendra dans un délai de trois mois suivant la date de sortie du dispositif.

- La rémunération complémentaire à verser est calculée à partir des données arrêtées au 31/12 de l'année précédente et au *prorata temporis* en fonction de la date de sortie du dispositif.
- La rémunération socle fait l'objet d'une régularisation au *prorata temporis* afin de tenir compte des montants éventuellement perçus au-delà de la période d'engagement effective.

La décision de se retirer du dispositif conventionnel France Santé ne constitue pas une résiliation de l'adhésion à l'ACI MSP. En revanche, le retrait d'une structure entraîne automatiquement la sortie de la MSP du dispositif de rémunération conventionnelle France Santé tel que décrit par le présent avenant.

III. Modifications inscrites au contrat 2 ACI MSP (hors France Santé)

3.1 Modernisation et simplification de la rémunération ACI MSP

Afin de simplifier la lisibilité de la rémunération ACI MSP, les partenaires conventionnels ont convenu d'apporter les modifications suivantes :

- **Suppression du terme « indicateur prérequis »**

Désormais les indicateurs sont socles (indispensables pour ouvrir droit à la rémunération) ou optionnels (facultatifs et ouvrent droit à une rémunération supplémentaire s'ils sont atteints).

- **Suppression du fonctionnement à points**

Désormais les montants de valorisation des indicateurs sont renseignés directement en euros.

- **Simplification de la présentation de la rémunération ACI MSP**

Des tableaux par axes (accès aux soins ; travail en équipe ; système d'information) permettent une meilleure visibilité faisant apparaître l'intitulé de l'indicateur, l'attendu, les pièces justificatives et les montants de valorisation sur une seule ligne du tableau.

3.2 Evolution de certains indicateurs de la rémunération ACI MSP

S'agissant des indicateurs existants, plusieurs indicateurs ont été modifiés :

- L'indicateur relatif aux horaires d'ouverture est assoupli par le remplacement des tranches horaires fixes par une amplitude horaire (12h par jour en semaine et minimum 4h le samedi matin) ;
- L'indicateur consacré aux soins non programmés est créé en tant qu'indicateur autonome et intègre la prise en compte de l'accès direct pour les professions concernées. Il reste un indicateur socle ;
- L'indicateur relatif à la formation des étudiants est élargi afin d'inclure le Service sanitaire des étudiants en santé (SSES) et les Docteurs Juniors ;
- La liste des missions de santé publique est actualisée ;
- L'indicateur relatif à l'engagement des usagers est modifié pour y intégrer la notion « d'expérience patients ». Le contenu et la valorisation est également modifié.
- L'utilisation d'un logiciel référencé Ségur est désormais intégrée à l'indicateur « Système d'information » ; ainsi, à compter du 1^{er} janvier 2027, les structures devront

être équipés d'un logiciel référencé Ségur 1 ou 2 et, à compter du 1^{er} janvier 2028, le logiciel référencé Ségur 2 est nécessaire ;

- L'indicateur relatif aux protocoles pluriprofessionnels a été complété pour y inclure un objectif de co-construction des protocoles entre la caisse et les structures.

L'avenant crée également un nouvel indicateur visant à encourager l'engagement des structures en **faveur de la santé environnementale**.

En parallèle, plusieurs indicateurs sont supprimés, notamment ceux relatifs au contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM), au protocole de soins non programmés (SNP) et au parcours insuffisance cardiaque (IC).

L'ensemble de ces évolutions entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2027.

3.3 Nouvelle condition d'éligibilité et de contractualisation au contrat ACI MSP

Afin de garantir que la structure assure notamment la prise en charge de patients médecins traitant en ALD, celle-ci doit atteindre, **au plus tard un an après la signature du contrat**, une **patientèle minimale de 300 patients** ayant déclaré un médecin traitant par équivalent temps plein (ETP) de médecin généraliste, dont au moins 10 % de patients en affection de longue durée (ALD).

Cette exigence vise à s'assurer que la structure participe pleinement au suivi des patients, notamment de ceux atteints de pathologies chroniques nécessitant une prise en charge régulière.

Un suivi de cet indicateur sera réalisé en Commission Paritaire Nationale afin d'identifier d'éventuels contournements de cette règle.

Par ailleurs, à compter du 10 juillet 2026, seules les structures d'ores et déjà constituées en SISA pourront adhérer au contrat ACI.

Des précisions sont également apportées quant à la qualification de professionnels de santé « associés » pris en compte dans le cadre de l'ACI. Ces derniers doivent être conventionnés à titre individuel avec l'Assurance maladie pour leur activité monoprofessionnelle (dès lors qu'une convention existe entre l'Assurance maladie et la profession concernée).

Enfin, les définitions de maison de santé mono-site et multi-sites sont ajoutées à l'ACI. Ainsi, une structure est organisée en mono-site lorsque tous les professionnels de santé associés qui la constituent exercent sur un site unique (un seul et même lieu). A l'inverse, une structure est organisée en multi-sites lorsque les professionnels de santé associés qui la constituent sont répartis sur deux sites différents ou plus.

3.4 Mécanisme de maintien de rémunération

Afin de soutenir les MSP confrontées à des difficultés liées au départ d'un médecin, les partenaires conventionnels ont convenu d'inscrire à l'avenant un mécanisme temporaire de maintien de la rémunération de la MSP.

Ce mécanisme s'applique aux MSP qui avaient atteint, l'année précédant le départ, les indicateurs relatifs aux horaires d'ouverture et à l'organisation des soins non programmés.

Dans ce cas, les données de patientèle et de file active de l'année précédente peuvent être conservées pour calculer la rémunération forfaitaire de la MSP, lorsqu'elles sont plus favorables :

- en année **N**, en utilisant les données de l'année **N-1** ;

- en année **N+1**, si la MSP ne compte toujours qu'un seul médecin ou n'a plus de médecin, en utilisant les données de l'année **N-2**.

Ce soutien est limité dans le temps afin de permettre à la MSP de recruter un nouveau médecin. À défaut de régularisation, si la MSP ne compte toujours qu'un seul médecin ou aucun médecin en année **N+2**, le maintien de la rémunération forfaitaire cesse et cette situation peut entraîner la résiliation du contrat ACI.

IV. Incitation à une prise en charge partagée (IPEP)

L'avenant n° 2 intègre dans l'ACI (article 9 ter) le **dispositif d'incitation à une prise en charge partagée (IPEP)** à compter du 1er janvier 2027.

Ce dispositif, qui succède à l'expérimentation conduite dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018, permet aux MSP volontaires de conclure un **contrat IPEP** avec leur caisse d'Assurance maladie.

Le dispositif vise à soutenir les MSP qui développent des actions favorisant :

- L'amélioration de l'accès aux soins ;
- La coordination des prises en charge, notamment entre la ville et l'hôpital, et la qualité de la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques ;
- La pertinence des prescriptions médicamenteuses ;
- La prévention et la promotion de la santé.

Les structures conservent une liberté dans le choix des actions mises en œuvre, sous réserve qu'elles contribuent à l'atteinte des objectifs du dispositif. Elles s'engagent à actualiser leur projet IPEP tous les trois ans et à transmettre chaque année un bilan de l'utilisation de l'intéressement perçu.

En contrepartie, l'Assurance Maladie verse un **intéressement annuel**, calculé sur la base des résultats de la structure selon deux composantes :

1. Une composante « **qualité** », reposant sur l'atteinte d'objectifs en termes de qualité de prise en charge des patients et de performance des organisations ;
2. Une composante « **maitrise des dépenses** », qui mesure l'impact des actions de la structure en termes de dépenses de soins.

Le montant de l'intéressement est déterminé par les gains d'efficience réalisés, puis modulé en fonction du score obtenu sur la composante qualité, dans une fourchette comprise entre - 20% et +20%. Ce montant d'intéressement est complété par une rémunération spécifique liée à la qualité (non liée aux gains d'efficience).

Le montant de l'intéressement est plafonné à **15 € par patient** et ne peut excéder le montant annuel perçu par la MSP au titre de l'ACI.

L'adhésion au contrat IPEP est conditionnée à plusieurs conditions cumulatives :

- Être adhérent à l'ACI depuis au moins quatre ans ;
- Avoir élaboré un projet IPEP décrivant les actions collectives que la structure prévoit de mettre en œuvre afin d'atteindre les objectifs du dispositif ;
- Avoir une patientèle minimale de 5 000 patients ayant déclaré un médecin traitant au sein de la structure (en année N-2 et N-1) ;
- Avoir atteint les indicateurs socles de l'ACI (article 3.1) ;
- Avoir un taux minimal de file active d'équipe parmi les patients en ALD, tel que décrit à l'article 8.3.1 (taux qui sera déterminé par la Commission Paritaire Nationale avant la fin de l'année 2026).

Les structures souhaitant adhérer au contrat doivent en faire la demande auprès de leur caisse de rattachement au cours du premier trimestre de chaque année, en complétant un dossier de candidature et en y joignant le contrat complété. Celui-ci sera mis à disposition prochainement sur le site ameli.fr.

A l'issue de la période de candidature s'ouvre la phase d'instruction des demandes par la caisse. La notification d'adhésion ou de refus est transmise par la caisse au plus tard au 30 juin de l'année N.

A noter que les structures déjà dans l'expérimentation ne sont pas soumises à la procédure de dépôt d'un dossier de candidature. Elles doivent cependant informer leur caisse de rattachement de leur volonté de signer le nouveau contrat IPEP.

Le contrat IPEP est conclu pour une durée de **trois ans**, renouvelable par accord des parties. Un échange annuel entre la structure et la caisse d'Assurance Maladie permet d'assurer le suivi de la mise en œuvre du dispositif.

Les modalités de résiliation, à l'initiative de la structure ou de la caisse en cas de non-respect des engagements ou des conditions d'éligibilité, sont également précisées à l'article 9 ter.

Annexes

Annexe 1 : Arrêté du 1^{er} juillet portant approbation de l'avenant 2 à l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'Assurance maladie signé le 28 août 2026 – JO du 9 juillet 2026.

Annexe 2 : Seuils fixés pour atteindre les indicateurs complémentaires France Santé