Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

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

Arrêté du 1er juillet 2026
portant approbation de l'avenant no 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles signé le 20 avril 2017

NOR : *SFHS2616860A*

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. 162-14-1, L. 162-14-1-2, L. 162-14-2 et L. 162-15 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4011-1, L. 6323-1 et L. 6323-3 ;

Vu l'arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles, publié au *Journal officiel* du 5 août 2017 ;

Vu l'avis relatif à l'avenant no 1 à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles signé le 20 avril 2017, publié au *Journal officiel* du 3 août 2022,

Arrêtent :

Article 1er

Est approuvé l'avenant no 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles, 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 les organisations représentatives listées en annexe du présent arrêté, ainsi que 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 1er 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

ANNEXES

ANNEXE I

LISTE DES ORGANISATIONS SYNDICALES REPRÉSENTATIVES DES PROFESSIONS DE SANTÉ AYANT SIGNÉ L'AVENANT 2 À L'ACCORD CONVENTIONNEL INTERPROFESSIONNEL RELATIF AUX STRUCTURES DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES

Fédération Française des Médecins Généralistes
Confédération des Syndicats Médicaux Français
Syndicat des Médecins Libéraux
Confédération des Centres de Santé
Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles
Syndicat national des Orthésistes Français

Syndicat National des Médecins Biologistes
Syndicat des Audioprothésistes
Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine
Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes
Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes
Fédération Nationale des Orthophonistes
Fédération Française des Podo-Orthésistes
Syndicat National Autonome des Orthoptistes
Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux
Fédération Nationale des Podologues
Fédération Nationale des Infirmiers
Chambre Nationale des Services d'Ambulances
Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs
Fédération Nationale de la Mobilité Sanitaire
Alizé
Fédération Nationale des Ambulanciers Privés
Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs
Adedom
Fédération Nationale des Artisans Ambulanciers
Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France
Fédération Nationale des Centres de Santé
Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines
Fédération des Mutuelles de France
Syndicat des Biologistes Médicaux
Fédération Nationale de la Mutualité Française
Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
Union Nationale des associations d'Aide à Domicile en Milieu Rural
Syndicat des Biologistes

ANNEXE 2

AVENANT 2 À L'ACCORD CONVENTIONNEL INTERPROFESSIONNEL RELATIF AUX STRUCTURES DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES

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

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4011-1, L. 6323-1 et L. 6323-3 ;

Vu l'arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles, publié au *Journal officiel* du 5 août 2017 ;

Vu l'avis relatif à l'avenant n° 1 à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles signé le 20 avril 2017, publié au *Journal officiel* du 3 août 2022,

Il a été convenu ce qui suit entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM),

Et

Les organisations représentatives signataires du présent accord

Et

L'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM)

Préambule

Conformément aux orientations portées dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, cet avenant consacre le rôle stratégique des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) dans l'accès aux soins des Français.

L'exercice pluriprofessionnel est un levier de renforcement de la prévention, de l'efficience et de la qualité de la prise en charge des patients dans une logique de parcours dans le respect des compétences de chacun et de leur complémentarité. Sa structuration au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles contribue également à une plus grande attractivité de l'exercice ambulatoire.

En renforçant la coordination entre professionnels, au-delà des structures, les partenaires conventionnels souhaitent rémunérer des missions concrètes, intégrées au nouveau réseau France Santé.

Ainsi, les partenaires conventionnels ont défini des engagements en matière d'amélioration de l'accès aux soins, notamment l'accès à un médecin traitant pour les patients n'en disposant pas, l'accès à une prise en charge par une équipe de soins pluriprofessionnelle ou l'accès à des soins non programmés dans un cadre régulé.

Cet avenant vise également à soutenir l'engagement supplémentaire des structures dans des prises 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 partenaires conventionnels ont souhaité sécuriser, à travers cet avenant, la constitution des maisons de santé pluriprofessionnelles. A cette fin, ils rappellent leur attachement à une gouvernance transparente des maisons de santé pluriprofessionnelles comme c'est le cas aujourd'hui dans l'immense majorité des situations ; ils souhaitent la mise en place de mécanisme de suivi et d'alerte pour prévenir d'éventuelles dérives dans la gouvernance des maisons de santé pluriprofessionnelles pouvant mettre en cause l'indépendance professionnelle de certains membres de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA).

Les partenaires conventionnels rappellent leur attachement à des pratiques de soins fondées sur les données acquises de la science et conformes aux recommandations de bonne pratique reconnues. Les missions valorisées par le présent accord s'inscrivent dans ce cadre.

Ils ont ainsi souhaité consolider l'ensemble des maisons de santé pluriprofessionnelles signataires de cet accord, soutenir davantage toutes celles qui souhaiteraient rejoindre le réseau France Santé en faisant en sorte que cette adhésion soit la plus simple et la plus large possible et enfin donner des moyens supplémentaires aux structures souhaitant davantage s'engager tout en renforçant l'accessibilité à une offre de soin de qualité pour les assurés.

Article 1er

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 maisons de santé pluriprofessionnelles, dès lors qu'elles 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 missions correspondantes sont exercées dans le respect des compétences de chacun et en complémentarité. Les partenaires conventionnels conviennent ainsi d'ajouter les dispositions suivantes à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux MSP susvisé :

« Art. 8. – La participation des structures au réseau France Santé.

« Art. 8.1. – Les conditions d'éligibilité.

« Les maisons de santé signataires d'un contrat relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles peuvent adhérer au dispositif de financement conventionnel "France Santé", sous réserve de respecter les indicateurs socles de l'ACI définis à l'article 3 ainsi que les indicateurs socles France Santé décrits à l'article 8.2 du présent accord. Les modalités d'adhésion sont définies à l'article 8.7.

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

« Art. 8.2. – Les indicateurs socles spécifiques "France Santé".

«

Tarif opposable	
Description	**Pièces justificatives**
La structure s'engage à ce qu'au moins 80% des consultations des médecins généralistes (associés et/ou salariés de la MSP) soient facturées au tarif opposable.	Pas de pièce justificative à transmettre.

«

Présence d'un infirmier	
Description	**Pièces justificatives**
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 de la structure. La structure s'engage à disposer d'une offre de soins infirmiers (IDE ou IPA) équivalent à 0,5 ETP/semaine a minima. Cette offre peut prendre la forme soit : – D'un IDE/IPA associé de la MSP – D'un IDE/IPA salarié de la MSP – D'un IDE/IPA vacataire signataire du projet de santé de la MSP – D'un partenariat formalisé avec une organisation proposant une offre d'infirmier (ex : centre de santé, SSIAD, cabinets libéraux IDE...)	Indicateur déclaratif. Transmission de la liste des professionnels de santé au fil de l'eau et des contrats de partenariats le cas échéant.

«

Participation au service d'accès aux soins (SAS) et/ou à la permanence des soins ambulatoire (PDSA)	
Description	**Pièces justificatives**
La structure s'organise pour que : – Soit au moins 50 % des médecins associés, et le cas échéant salariés, participent au dispositif SAS dans les conditions définies par la convention médicale et que la structure s'organise pour répondre aux sollicitations du régulateur du SAS selon les capacités de la structure. – Soit au moins 50% des médecins associés, et le cas échéant salariés, participent à la PDSA (régulateur et/ou effecteur)	Pas de pièce justificative à transmettre.

« L'atteinte de l'ensemble des engagements socles "France Santé" et ceux décrits à l'article 3.1 du présent accord ouvre droit au versement d'un montant tel que défini à l'article 8.5.

« Art. 8.3. – 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 8.5.

« Art. 8.3.1. – 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 : ACCES AUX SOINS		
Indicateurs	**Description**	**Modalités de vérification**
Valoriser une amplitude horaire élargies	La structure s'organise pour mettre en place une offre de soins le samedi matin avec présence d'un médecin généraliste ou une ouverture de la structure le soir, en semaine, au-delà de 20h*. **sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins ou du SAS prévue par dérogation de l'agence régionale de santé.*	Indicateur déclaratif. Charte d'engagement précisant l'ouverture : – Tous les samedis matin avec présence d'un médecin généraliste ; OU – Au moins 3 jours par semaine au-delà de 20h. L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur.
Valoriser la mise en place d'une offre élargie en soins non programmés	La structure s'organise pour participer à l'offre de soins non programmés au travers des dispositifs SAS et PDSA soit par la participation en tant qu'effecteur soit en tant que régulateur. Au-delà des médecins, cette participation peut également être prise en compte pour les chirurgiens-dentistes, sagefemmes ou infirmiers associés de la structure 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.	– Au moins 40 % des professionnels de santé associés de la SISA (médecin, chirurgien-dentiste, sage- femme, infirmier) participent au SAS et à la PDSA en tant qu'effecteur ; OU – Participation au SAS ou à la PDSA en tant que régulateur par au moins 15 % des professionnels de santé associés de la SISA (médecin, chirurgien-dentiste). L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur.
Soins à domicile ou d'aller vers	La structure qui organise une offre de soins à domicile peut valider cet indicateur par la mise en place soit de visites à domicile et/ou EHPAD (dont IPA mais 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). 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 en CPN avant la fin de l'année 2026.
Valoriser les organisations mises en place pour améliorer l'offre médicale dans les territoires en grande difficulté	La structure 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. Les pharmacies situées en ZIP proposant des téléconsultations avec les médecins de la MSP sont également prises en compte.	Indicateur déclaratif. – Nombre de jours (a minima 50 jours par an) où une présence médicale est assurée en ZIP : Deux modalités : – si la MSP est située en ZIP, l'indicateur correspond à la création d'une nouvelle ligne médicale de renforts supplémentaires ; – si la MSP n'est pas en ZIP, cela correspond à un lieu de consultation situé en ZIP et assurée par la MSP. OU – Contractualisation avec une pharmacie située en ZIP pour que les médecins de la MSP réalisent des téléconsultations assistées par un pharmacien. L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur

«

BRIQUE 2 : PREVENTION		
Indicateurs	**Description**	**Modalités de vérification**
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.	La structure 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. S'agissant des bilans de prévention, ils doivent être renseignés dans le DMP du patient et accompagnés d'un projet personnalisé de prévention.	– 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 associé ou salarié, hors pharmacien). OU – 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 en CPN avant la fin de l'année 2026.
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)	La structure s'organise pour mettre en place une offre autour de la santé de la mentale pour ces patients. A ce titre, elle doit disposer au sein de la structure d'un accès à un psychologue conventionné « Mon soutien psy », et/ou un IPA psychiatrie et santé mentale, et/ou de psychiatre. Ces professionnels peuvent être associés, salariés ou vacataires. L'organisation mise en place par la structure devra permettre dès que nécessaire de réorienter le patient vers un psychiatre.	Indicateur déclaratif. A minima : – 0.5 ETP psychologue conventionné « Mon soutien psy » OU – 0.5 ETP d'IPA en psychiatrie OU – Intervention de psychiatres à hauteur de 1 journée par mois.
Valoriser l'atteinte de seuils sur 5 indicateurs de dépistage, notamment pour patients précaires	La structure 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. 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 des médecins associés de la MSP : – Cancer du sein : 60 % – Col de l'utérus : 60 % – Cancer colorectal : 50 % – Maladies rénales chroniques : 50 % – Diabète par glycémie à jeun pour les patients éligibles : 90 % L'atteinte d'au moins 2 des 5 indicateurs de dépistage permet de valider cet item.
Valoriser l'atteinte de seuils sur 4 indicateurs de vaccination, notamment pour patients précaires	La structure met en place une organisation afin d'atteindre des taux cibles sur les indicateurs de vaccination contre : la grippe, la covid, pneumocoque, HPV. Ces indicateurs sont définis conformément à l'article 23-4 et annexes afférentes de la convention médicale.	Taux d'atteinte nécessaire pourchaque indicateur calculé sur labase de la PMT des médecins associés de la MSP : – Grippe : 65 % – Covid : 40 % – Pneumocoque : 50% – HPV : 50 % L'atteinte d'au moins 2 des 4 indicateurs de vaccination permet de valider cet item.

«

BRIQUE 3 : VULNERABILITE		
Indicateurs	**Description**	**Modalités de vérification**
Valoriser la prise en charge par la structure des patients en situation de vulnérabilité	La structure s'organise pour prendre en charge des patients en situation de vulnérabilité, à savoir patients AME et/ ou C2S.	– Pour 2027, taux de patients C2S ou AME de la FA de la structure* supérieur aux taux nationaux de référence (mis à jour annuellement) – A compter de 2028, taux de C2S et AME de la FA de la structure supérieurs aux taux nationaux de référence (mis à jour annuellement). L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur. (*)*Nombre de patients ayant eu un contact, quel que soit le professionnel de santé associé ou salarié, hors pharmacien.*
Valoriser l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité psychosociale	La structure s'organise pour prendre en charge des personnes en situation de vulnérabilité psychosociale en lien avec les acteurs sociaux et structures médico-sociales du territoire ou par une organisation interne dédiée.	Indicateur déclaratif. – Conventions de partenariats avec des acteurs sociaux, l'ASE et/ou des structures médicosociales, hors handicap. 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 de la MSP prennent en charge les patients directement au sein de ces structures). – Ou recours à une fonction dédiée pour l'accompagnement des personnes dans leur parcours d'accès aux droits, à la prévention et aux soins (exemple : médiateur). L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur.
Valoriser la prise en charge par la structure de patients en situation de handicap	La structure est adaptée à la prise en charge des patients en situation de handicap. Par ailleurs, la structure s'organise pour mettre en place une offre de soins à destination des patients en situation de handicap. La prise en charge de Et cette patientèle peut se faire soit - Signature d'une charte pour un au sein de la structure avec une meilleur accès aux soins des organisation spécifique personnes en situation de (notamment au travers de la handicap (exemple : la charte signature de la charte Romain Romain Jacob) et description au Jacob) soit par un partenariat sein de la charte d'engagement mis en place avec des structures de l'organisation pour accueillir de type ESMS.	Indicateur déclaratif. La structure (au moins l'un des sites le cas échéant) est enregistrée dans l'annuaire des cabinets accessibles disponible sur Santé.fr. Et – 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 convention de partenariat avec des structures ESMS dans le champ du handicap. L'enregistrement sur l'annuaire et l'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur.
Valoriser les actions de repérage précoce de la perte d'autonomie (ICOPE)	La structure met en place des protocoles d'organisation permettant de généraliser le repérage et le développement d'un projet de santé personnalisé.	Indicateur déclaratif. Le protocole transmis précise l'organisation mis en place au sein de la structure.

«

BRIQUE 4 : PARCOURS		
Indicateurs	**Description**	**Modalités de vérification**
Valoriser l'implication des structures à la participation aux parcours nationaux	La structure est intégrée dans un des parcours nationaux : – 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 valoriserl'implication maiségalement la prise en chargedes patients dans ce cadre. – Tel que les parcours coordonnés renforcés (PCR) visés à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique.	– Etre référencée dans le parcours (MRTC) et prendre en charge au moins 10 patients dans l'année de référence ; – Ou être référencée commestructure de coordination dans un parcours PCR et prendre en charge au moins 10 patients dans l'année pour le parcours correspondant ; – 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. L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur.
Valoriser le Taux de FA d'équipe parmi les patients ALD	La structure assure une coordination renforcée de sa patientèle et notamment de de sa patientèle ALD. Par l'organisation des RCP, d'un dossier patient partagé et l'utilisation des outils de coordination, la prise en charge coordonnée par structure permet de renforcer la qualité et pertinence des soins de ces patients.	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 de ces soins consommés au sein de la structure (associés ou salariés de la MSP) est supérieure à un seuil. La définition précise et les modalités d'atteinte seront définies en CPN au regard des simulations qui seront réalisées.

BRIQUE 4 : PARCOURS		
Indicateurs	**Description**	**Modalités de vérification**
Valoriser la participation à l'action « 0 patients ALD sans MT »	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 en CPN avant la fin de l'année 2026.
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.	La structure s'organise pour apporter une réponse à ses patients en recherche de soins de spécialistes (au sein ou en dehors de la structure). 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, ... Ou la structure s'articule avec les acteurs de son territoire pour faciliter les parcours d'entrée/sortie d'hospitalisation de sa patientèle.	Indicateur déclaratif. Soit la structure compte au sein de sa MSP des médecins spécialistes en secteur 1 ou secteur 2 OPTAM (hors médecin généraliste) soit la structure a établi des liens contractuels avec les ESS du territoire, Soit la structure a contractualisé avec le ou les acteurs hospitaliers du territoire le parcours ville-hôpital. L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur.

« Art. 8.4. – Les modalités de vérification du respect des engagements et de contrôle.

« La structure s'engage à transmettre à l'organisme local d'assurance maladie les justificatifs listés aux articles 8.2 et 8.3 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 et au plus tard le 31 janvier de l'année suivant l'année civile servant de référence pour le suivi des engagements. Lors des échanges réguliers entre l'organisme local d'assurance maladie et la structure, ces documents peuvent faire l'objet d'un examen commun.

« 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 à la structure 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. 8.5. – 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 de la structure selon des modalités définies ci-dessous.

« Dès lors que les indicateurs socles sont validés, la structure peut bénéficier de la rémunération des briques additionnelles. Les 4 briques constituant les indicateurs complémentaires spécifiques sont indépendantes les unes des autres. Pour valider une brique, la structure 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 de la structure selon des modalités définies ci-dessous.

« Pour tenir compte de la taille des structures et permettre une rémunération des structures plus adaptée, le montant auquel la structure est éligible est le produit des montants socle et complémentaires auxquels elle 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 (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.

« La file active de référence, correspondant à la médiane de la distribution de la file active calculée au niveau national (hors MSP ouverte 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. Ainsi une structure ayant deux fois la file active de référence percevra environ 1,4 fois le montant non modulé ; une structure ayant la moitié de la file active de référence recevra environ 70 % du montant non modulé.

« 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 6.3), la rémunération socle est fixée à un forfait de 10 000 € sans application du multiplicateur.

« Art. 8.6. – Les modalités de versement.

« Art. 8.6.1. – Dispositions pérennes.

« Lorsqu'une structure souhaite s'engager dans le réseau "France Santé", le versement du montant correspondant au socle se fait dans les 2 mois suivants 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 suite au calcul des indicateurs de la rémunération (*cf.* article 7 de l'ACI), 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 la structure dans les délais prévus (*cf.* article 8.4 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 la structure, de l'ensemble des engagements socles définis à l'article 8.2 ci-dessus.

« La rémunération et le suivi des indicateurs est proratisé en fonction de la date d'engagement de la structure 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 entrainer 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, à l'absence de dépassement d'honoraires 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. 8.6.2. – Dispositions transitoires.

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

« Les structures ont jusqu'à la date de publication du texte, et au plus tard jusqu'au 14/07/2026, pour compléter leur engagement sur la plateforme demarche.numerique.gouv.fr

« Après confirmation de l'engagement de la structure 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 structures 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 8.5 :

« – 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 8.5 du présent avenant.

« 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 8.5 sont applicables.

« Art. 8.7. – Les modalités d'adhésion au réseau "France Santé".

« Les structures souhaitant adhérer en font la demande sur le site demarche.numerique.gouv.fr . Cet engagement est effectif après vérification des conditions d'éligibilité décrites à l'article 8.1 et la transmission du courrier attribuant le label France Santé par l'ARS.

« Art. 8.8. – Les modalités de sortie du réseau "France Santé".

« Une structure peut décider, à tout moment, de sortir du réseau "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 à la structure 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 du contrat ACI. En revanche, si la structure résilie le contrat ACI tel que défini en annexe 1, 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. 8.9. – 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 8.6.1.

« A cette occasion, la caisse invite la structure 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

La structuration des SISA

1° A l'article 1er intitulé « Les équipes et les structures éligibles au contrat », les modifications suivantes sont apportées :

– le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes : « Les structures pluriprofessionnelles éligibles au contrat type défini à l'article 2 et à l'annexe 1 du présent accord sont les maisons de santé mono-site ou multi-sites définis à l'article L. 6323-3 du code de la santé publique. 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. » ;

– au deuxième alinéa, après les mots : « conditions cumulatives suivantes », sont insérés les mots : « à la signature du contrat » ;

– les troisième et quatrième alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes : « être constituées en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) » ;

– le cinquième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Dans les cinq ans suivant la signature du contrat ACI, il est préconisé une actualisation du projet de santé » ;

– le sixième alinéa est supprimé ;

– au septième alinéa, qui devient le sixième, les mots : « publié au *journal officiel* du 30 septembre 2015 » sont supprimés ;

– l'article est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Dans le but de garantir que la structure assure notamment la prise en charge de patients médecin traitant en ALD, celle-ci s'engage, au plus tard un an suivant la signature du contrat, à atteindre un minimum de 300 patients médecin traitant dont 10 % patients en ALD par ETP de médecin généraliste associé ou salarié de la structure. Un suivi sera mis en place pour identifier les risques de contournement et ces dispositions pourront être adaptées en CPN » ;

2° L'article 2 intitulé « Les modalités de contractualisation » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 2. – Les modalités de contractualisation.

« Les maisons de santé souhaitant adhérer au contrat conforme au contrat type annexé au présent accord en font la demande auprès de la caisse d'assurance maladie de leur ressort géographique en joignant les documents suivants :

« – les statuts de la structure (SISA) ;

« – la copie du projet de santé de la structure ;

« – la liste des professionnels de santé libéraux associés et salariés de la structure. Sont considérés comme associés au sens de l'ACI, les professionnels de santé associés de la SISA et conventionnés à titre individuel avec l'assurance maladie pour leur activité monoprofessionnelle dès lors qu'une convention existe avec l'Assurance maladie ;

« – le cas échéant, la liste des professionnels de santé vacataires au sein de la structure (est considéré comme vacataire, le professionnel de santé signataire du projet de santé de la structure, qui n'est ni salarié ni associé de la structure). Les remplaçants des professionnels de santé ne sont pas considérés comme vacataires au sens de l'ACI ;

« – le cas échéant, la ou les missions de santé publique sur lesquelles la structure s'est engagée conformément aux dispositions prévues à l'article 3.1 et à l'annexe 2 du présent accord.

« La mise à jour de l'ensemble de ces informations par la structure devra se faire au fil de l'eau auprès de la caisse, notamment pour la liste des professionnels de santé associés, salariés et vacataires (à chaque changement).

« Les informations suivantes doivent figurer pour chaque professionnel de santé mentionné dans les listes de l'alinéa précédent : nom, prénom, numéro assurance maladie (numéro utilisé pour la facturation à l'assurance maladie), numéro RPPS (pour les professions concernées), profession exercée (ou spécialité pour les médecins), et le cas échéant, le numéro ADELI, en précisant les dates d'arrivées et départs.

« La caisse d'assurance maladie et l'agence régionale de santé procèdent à la vérification de l'éligibilité de la structure au regard des conditions définies à l'article 1 du présent accord.

Une fois ces vérifications opérées, le contrat conforme au contrat type joint en annexe 1 peut être signé entre la structure éligible, la caisse d'assurance maladie et l'agence régionale de santé.

« En cas de doute, la caisse d'assurance maladie et l'agence régionale de santé peuvent demander à la structure de fournir de tout document social utile à ces vérifications (notamment le registre des mouvements de parts, le registre des associés, les procès-verbaux d'assemblée ou de décisions des associés). »

Article 3

Les indicateurs du contrat

Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2027.

1° A l'article 3 intitulé « Les indicateurs du contrat », les deuxième et troisième alinéa sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Le montant de la rémunération dépend du niveau d'atteinte des objectifs mesuré par des indicateurs.

« Des engagements socles et des engagements optionnels sont distingués.

« Les engagements socles doivent obligatoirement être remplis pour ouvrir droit au versement de la rémunération. Les engagements optionnels sont facultatifs et donnent lieu à rémunération lorsqu'ils sont remplis. » ;

2° Les articles 3.1 à 7.3 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Art. 3.1. – Définition des indicateurs par axes et valorisations.

« Les tableaux ci-dessous présentent les indicateurs par axes. Ces derniers fixent également les niveaux de valorisation de chaque indicateur et les pièces justificatives demandées.

« Art. 3.1.1. – Axe "Accès aux soins".

« Art. 3.1.1.1. – Indicateurs Socles.

« L'axe accès aux soins se compose de trois indicateurs socles :

« – accessibilité des structures pluriprofessionnelles ;

« – organisation des soins non programmés ;

« – réponses aux crises sanitaires graves.

«

Accessibilité de la structure (indicateur socle)	
Description	**Valorisation et pièces justificatives**
Les maisons de santé doivent être ouvertes au public du lundi au vendredi, le samedi matin* et pendant les congés scolaires (avec fermeture maximum pendant 3 semaines pendant les congés scolaires dans l'année). La structure doit être ouverte au public sur une amplitude horaire totale de 12 heures par jour en semaine et une amplitude horaire de 4h minimum le samedi matin. Une minoration de la rémunération est appliquée en cas d'amplitude horaire inférieure à 12 heures par jour en semaine ainsi qu'en cas de fermeture le samedi. Sur cette amplitude horaire, la structure est ouverte mais sans nécessité que l'ensemble des professionnels de santé soient présents. **sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins ou du SAS prévue par dérogation de l'agence régionale de santé.*	**Valorisation** : Montant fixe de 4 100 €. Une minoration est appliquée en cas : – d'amplitude horaire comprise entre 10h et 12h par jour en semaine : une minoration de 420€ est appliquée – d'amplitude horaire comprise entre 8h et 10h par jour en semaine : une minoration de 1 050€ est appliquée de fermeture le samedi matin : une minoration de 840€ est appliquée ; – de fermeture maximum pendant 3 semaines pendant les congés scolaires dans l'année : une minoration de 140 euros est appliquée. Non validation de ce critère socle en cas de fermeture de plus de trois semaines pendant les congés scolaires et en cas de fermeture hors vacances scolaires. **Pièces justificatives** : La maison de santé transmet à sa caisse d'Assurance Maladie une copie de la charte d'engagement de la structure, qui précise la garantie de service offert aux patients. Le modèle type de cette charte est joint en annexe 4. Cette charte est affichée dans la structure.
Organisation des soins non programmés (indicateur socle)	
Description	**Valorisation et pièces justificatives**
Les professionnels de santé de la structure s'organisent pour recevoir chaque jour ouvré les patients (suivis ou non par la structure) ayant besoin de soins non programmés. Cette organisation peut prendre différentes formes selon les choix faits par la structure, notamment : – par la disponibilité des différents professionnels de santé de la structure pour une régulation des demandes (physique ou téléphonique) ; – la possibilité de consultations dans la journée : plages horaires dédiées pour chaque professionnel ; journées dédiées ou plages horaires assurées à tour de rôle par chacun des médecins de la structure ; – par le recours à l'accès direct pour les professions concernées, dans les conditions prévues par la réglementation ou par le recours à la plateforme d'orientation PPSO ;	**Valorisation** : Montant fixe de 1500 €. **Pièces justificatives** : La structure doit détailler l'organisation mise en place pour accueillir les patients en soins non programmés qui a été décrite au sein de la charte d'engagement.

Accessibilité de la structure (indicateur socle)	
– pour répondre aux demandes du SAS ; – la participation à l'organisation territoriale de la PDSA ; – etc.	
Réponses aux crises sanitaires graves (indicateur socle)	
Description	**Valorisation et pièces justificatives**
Les autorités sanitaires et les administrations en charge du système de soins ont la responsabilité de qualifier la situation de « crise sanitaire et d'en organiser la réponse ». **Rédaction d'un plan de préparation :**	**Valorisation :** - Montant fixe de 700€ au titre de la rédaction du plan de crise sanitaire et ses mises à jour annuelle ;
A l'échelle de la structure et pour sa patientèle, un plan de préparation à la réponse de crise sanitaire doit être élaboré par la structure (exemple : protocole organisationnel, ...), et doit s'articuler le cas échéant avec la mission crise sanitaire de la CPTS du territoire. **Mise en œuvre d'actions** Dès la survenue d'une crise sanitaire grave, est valorisée toute action pouvant répondre aux besoins en soins des patients : prise en charge spécifique des patients atteints par la crise sanitaire (protocoles, prévention, etc.) et adaptation de la structure pour faciliter la prise en charge des patients « fragiles » durant la période de crise en lien avec le plan rédigé.	- Montant variable de 2 450€ en fonction de la patientèle de référence (en cas de survenue d'une crise sanitaire grave caractérisée par l'ARS). **Pièces justificatives :** Le plan de préparation (et ses mises à jour) et tout document attestant de la mise en place des actions répondant aux besoins en soins des patients en cas de survenue de la crise sont mis à la disposition de la Caisse à sa demande.

« *Art. 3.1.1.2. – Indicateurs optionnels.*

« L'axe accès aux soins se compose de 5 indicateurs optionnels :

« – diversité de soins médicaux et paramédicaux ;

« – consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien- dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure ;

« – mission de santé publique ;

« – implication des usagers ;

« – soins non programmés en lien avec le SAS.

«

Diversité de soins médicaux et paramédicaux (indicateur optionnel)	
Description	**Valorisation et pièces justificatives**
Cet indicateur se distingue en deux niveaux. **1er niveau** : présence parmi les associés et les salariés de la structure d'au moins une profession médicale (toutes spécialités médicales (hors médecine générale), sages-femmes, chirurgiens-dentistes) ou pharmacien(s) d'officine **ou** de 3 professions paramédicales différentes. **2e niveau** : Présence parmi les associés et salariés de la structure (s'il y en a) d'au moins une profession médicale (toutes spécialités médicales (hors médecine	**Valorisation :** **1er niveau** : Montant fixe de 2 100€ **2e niveau** : Montant fixe de 2 100€ Les niveaux sont cumulatifs. **Pièces justificatives :** Transmission au fil de l'eau de la liste des professionnels de santé associés et salariés de la structure avec pour chacun
générale), sages-femmes, chirurgiens-dentistes), ou pharmacien(s) d'officine et de 3 professions paramédicales différentes. Les professions prises en compte dans cet indicateur sont celles visées dans la 4ème partie du code de la santé publique et reconnues comme professionnels de santé.	les informations suivantes : nom, prénom, numéro AM, numéro RPPS, profession ou spécialité médicale. Seuls les professionnels de santé présents au 31 décembre de l'année seront pris en compte dans le calcul de valorisation de cet indicateur.
Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure (indicateur optionnel)	
Description	**Valorisation et pièces justificatives**

<table>
<tr><th colspan="2">Diversité de soins médicaux et paramédicaux (indicateur optionnel)</th></tr>
<tr><td>Cet indicateur se distingue en deux niveaux.
1er niveau : organisation de consultations de second recours (toutes spécialités médicales hors médecine générale) ou sages-femmes ou chirurgiens-dentistes ou pharmaciens d'officine par des professionnels extérieurs à la structure, représentant en moyenne 2 jours par mois.
2e niveau : Organisation de consultations de second recours (toutes spécialités médicales hors médecine générale) ou sages-femmes ou chirurgiens-dentistes ou pharmaciens d'officine par des professionnels extérieurs à la structure représentant en moyenne au minimum 2,5 jours par semaine (soit 0,5 équivalent temps plein).</td><td><u>Valorisation</u> :
1er niveau : Montant fixe de 2 100€
2e niveau : Montant fixe de 2 100€
Les niveaux sont cumulatifs.
<u>Pièces justificatives</u> :
Transmission au fil de l'eau de la liste des professionnels de santé vacataires au sein de la structure au cours de l'année écoulée précisant pour chacun les informations suivantes : nom, prénom, numéro AM, numéro RPPS, profession ou spécialité médicale, temps moyen hebdomadaire de présence au sein de la structure.
Seuls les professionnels de santé présents au 31 décembre de l'année seront pris en compte dans le calcul de valorisation de cet indicateur.</td></tr>
<tr><th colspan="2">Mission de santé publique (indicateur optionnel)</th></tr>
<tr><th>Description</th><th>Valorisation et pièces justificatives</th></tr>
<tr><td>Réalisation d'au moins une mission de santé publique à choisir dans la liste des thèmes listés en annexe 2 ou s'inscrivant en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS)</td><td><u>Valorisation :</u>
- Montant de 2450 € par mission réalisée dans l'année écoulée (indicateur variable).
2 missions peuvent être rémunérées au maximum.
Une mission au plus peut être rémunérée pour chacun des thèmes retenus.
- Un montant fixe de 1400 € est versé pour la réalisation de 2 missions dès lors que la structure intègre parmi ses professionnels de santé un infirmier en pratique avancée (IPA) libéral ou salarié de la MSP.
<u>Pièces justificatives :</u>
La (ou les) mission(s) retenue(s) est (sont) précisée(s) dans une annexe au contrat de la structure précisant le contenu, les modalités de mise en œuvre de la mission ainsi que les justificatifs à transmettre.</td></tr>
<tr><th colspan="2">Engagement des usagers (Indicateur optionnel)</th></tr>
<tr><th>Description</th><th>Valorisation et pièces justificatives</th></tr>
<tr><td>2 niveaux (cumulables) de réalisation sont distingués pour cet indicateur.
Pour répondre au <u>niveau 1</u> la structure s'organise soit :
- par la mise en place d'actions pour améliorer les services offerts par la structure et/ou les parcours de soins individuels, fondées sur la consultation des patients et le recueil de leur expérience au sens large : questionnaires ad hoc, standardisés type Proms/Prems, entretiens, focus groups, shadowing…
- par la mise en place d'actions pour améliorer les services offerts par la structure (ex : conditions d'accueil, délais de rendez-vous, clarté des informations, …) par la participation à des campagnes structurées accessibles pour toutes les MSP volontaires pour améliorer l'expérience des soins dans la structure. La campagne met à disposition un questionnaire national validé par la HAS et concerté dans le cadre des expérimentations PEPS/IPEP, administré en ligne et destiné à l'ensemble de la patientèle médecin traitant des structures. La campagne serait réalisée via la plateforme EvalSanté, qui permet la restitution des résultats aux équipes. Les résultats doivent permettre la mise en place d'actions améliorant l'expérience des soins dans la structure.
<u>Niveau 2</u> : mise en place d'actions de partenariat (coconstruction, co-décision) entre la structure et les usagers, orientées vers des publics considérés comme prioritaires (comorbidités, faible littératie, vulnérabilité sociale, …). Mobilisation d'outils et ressources spécifiques et disponibles dans la structure ou l'écosystème régional : formations, patients partenaires, médiateurs, associations, plateformes de ressources…</td><td><u>Valorisation</u>
Niveau 1 :
– Montant fixe de 1 000€ (actions basées sur la consultation des patients et le recueil de leur expérience au sens large)
– Montant fixe de 1 000€ (actions basées sur des campagnes nationales) + 7€ par questionnaire complété dans la limite de 2 500 € au total.
Les montants ne sont pas cumulatifs.
Niveau 2 : 2 100€ variables en fonction de la patientèle de la structure telle que définie à l'article 4.1
Ces montants du niveau 1 et du niveau 2 se cumulent entre eux.
<u>Pièces justificatives</u>
<u>Pour le niveau 1</u>
Soit : questionnaires ad hoc, standardisés type Proms/Prems, entretiens, focus groups, shadowing…
Soit : engagement de la structure dans une campagne structurée réalisée via la plateforme EvalSanté
<u>Pour le niveau 2</u> : désignation d'un référent usager dans les groupes de travail ou dans des ateliers d'ETP, création de comités d'usagers, présence d'un médiateur, …</td></tr>
<tr><th colspan="2">Soins non programmés en lien avec le dispositif de Service d'accès aux soins (SAS) (indicateur optionnel)</th></tr>
<tr><th>Description</th><th>Valorisation et pièces justificatives</th></tr>
<tr><td rowspan="2">La structure s'organise pour que :
– Soit au moins 50% des médecins participent au dispositif SAS dans les conditions définies par la convention médicale.
– Soit la structure s'organise pour prendre en charge les sollicitations du régulateur du SAS selon les capacités de la structure.</td><td><u>Valorisation</u>
– Montant fixe de 1 400 € si l'ensemble des médecins de la MSP s'engagent dans le dispositif SAS ou si la MSP prend en charge toutes les sollicitations du régulateur du SAS</td></tr>
<tr><td>– ou montant fixe de 700 € si 50 % des médecins de la MSP s'engagent dans le dispositif SAS.
<u>Pièces justificatives</u>
– Soit transmission au SAS de la liste des médecins s'inscrivant dans le dispositif.
– Soit vérification de la réponse aux sollicitations du régulateur du SAS opérée sur la base des informations issues des plateformes de régulation.</td></tr>
</table>

« Art. 3.1.2. – Les indicateurs relatifs au travail en équipe et à la coordination.

« *Art. 3.1.2.1. – Indicateur socle.*

« L'axe travail en équipe se compose d'un indicateur socle :

« – fonction de coordination.

Fonction de coordination (Indicateur socle)	
Description	**Valorisation et pièces justificatives**
La fonction de coordination est assurée soit par des personnes exerçant au sein de la structure (y compris des professionnels de santé en exercice) ayant un temps identifié et dédié à cette fonction, soit par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction. La fonction de coordination regroupe notamment les missions suivantes : – animation de la coordination interprofessionnelle, – coordination des parcours et des dossiers patients, – suivi de l'utilisation du système d'information (SI) et organisation du travail de production des données de santé, – relation avec les institutions (organisme d'assurance maladie, agence régionale de santé, ...) ou collectivités.	**Valorisation** Un montant fixe de 7 000 € + un montant de 11 900 € variables jusqu'à 8 000 patients + 7 700 € variables au-delà de 8 000 patients. **Pièces justificatives** Transmission des documents attestant de la mise en place d'une fonction de coordination assurée soit par des personnes exerçant au sein de la structure (y compris des professionnels de santé en exercice) ayant un temps identifié et dédié à cette fonction soit par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction : contrat de travail, fiche de poste, ...

« *Art. 3.1.2.2. – Indicateurs optionnels.*

« L'axe travail en équipe se compose de 6 indicateurs optionnels :

« – protocoles pluriprofessionnels ;

« – concertation pluriprofessionnelle ;

« – formation des jeunes professionnels ;

« – coordination externe ;

« – démarche qualité ;

« – engagement environnemental.

«

Protocoles pluri professionnels (Indicateur optionnel)	
Description	**Valorisation et pièces justificatives**
Elaboration de protocoles pluriprofessionnels pour la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé. Ces protocoles doivent : – s'appuyer sur l'expérience et les compétences des professionnels concernés, – être conformes aux recommandations élaborées par les agences sanitaires (Haute Autorité de santé – HAS -; ANSM ; Santé Publique France...), – être adaptés à chaque équipe, – répondre à un vrai besoin, – formaliser et harmoniser des pratiques existantes, – être simples, aisément consultables lors des soins, – préciser le rôle et les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge et les différentes interactions entre eux (répondre à la question « qui fait quoi quand »),	**Valorisation** Un montant fixe de 700€ par protocole. 8 protocoles peuvent être rémunérés au maximum. S'ajoute un montant fixe de 280€ par protocole dès lors que la structure intègre parmi ses professionnels de santé un IPA libéral ou salarié de la MSP. **Pièces justificatives** Transmission à l'organisme d'assurance maladie des protocoles élaborés.
Formation des jeunes professionnels (indicateur optionnel)	
Description	**Valorisation et pièces justificatives**
La structure constitue un terrain de stages de formation pour les professionnels de santé, à raison d'au moins deux stages par an (quelle que soit la profession de santé, y compris pour les docteurs juniors) et selon les modalités propres à chaque profession. Un troisième et quatrième stage peut être valorisé au sein de la structure. Par ailleurs, la maison de santé accueillant au moins trois étudiants réalisant leur service sanitaire en santé est valorisée pour favoriser l'interdisciplinarité (quelle que soit la profession de santé).	**Valorisation** Un montant fixe de 3 150 € pour deux stages Un montant fixe de 1 575 € pour le troisième et quatrième stage. Montant fixe de 450 € pour l'accueil a minima de trois étudiants réalisant leur service sanitaire en santé. **Pièces justificatives** Transmission à l'organisme local d'assurance maladie de la photocopie des attestations de stages réalisés au sein de la structure ou de la photocopie des conventions de stages permettant d'identifier : – le nom du stagiaire, – la profession concernée par la formation, – les dates de réalisation du stage.

<table>
<tr><th colspan="2">Protocoles pluri professionnels (Indicateur optionnel)</th></tr>
<tr><th colspan="2">Coordination externe (indicateur optionnel)</th></tr>
<tr><th>Description</th><th>Valorisation et pièces justificatives</th></tr>
<tr><td>La structure met en place une procédure conforme à la réglementation définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers :
– les professionnels de santé extérieurs à la structure,
– les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation,
– les structures et services médico-sociaux.
– les intervenants sociaux (dans le respect du secret professionnel et de la réglementation applicable).</td><td><u>Valorisation</u>
Un montant de 1 400 € variable en fonction de la patientèle de la structure telle que définie à l'article 4.1
<u>Pièces justificatives</u>
Transmission de tout document attestant de la mise en place de ces procédures de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers :
– les professionnels de santé extérieurs à la structure,
– les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation,
– les structures et services médicosociaux,
– les intervenants sociaux</td></tr>
<tr><th colspan="2">Démarche qualité (indicateur optionnel)</th></tr>
<tr><th>Description</th><th>Valorisation et pièces justificatives</th></tr>
<tr><td>Cette démarche d'auto-évaluation vise à instaurer ou renforcer une dynamique d'amélioration continue du service rendu au patient. Cette démarche doit être partagée par l'ensemble de l'équipe.
Niveau 1 : le diagnostic de maturité
– désigner un référent qualité en charge d'animer et suivre la démarche auprès de l'équipe,
– Identifier une action d'amélioration en fonction de la situation de la structure parmi les thèmes suivants et déterminer un objectif d'amélioration : continuité des soins (ex : organisation du cabinet, en aval d'une sortie d'hospitalisation, ...)
– situations médico-sociales (approches populationnelles)
– collaboration et coordination pluriprofessionnelles autour de certains patients complexes nécessitants plusieurs intervenants (soins médicaux, infirmiers, kiné...), de situations à risque comme la sortie immédiate d'hospitalisation,.....
– délégation et coordination pluriprofessionnelles autour de certaines pathologies (protocoles pluri professionnels de soins,...)
– accès aux soins (ex : plages d'horaires d'ouverture, plages horaires dédiés aux soins non programmés, participation à une CPTS, mise en œuvre de protocoles nationaux voire de protocoles locaux, ...)
– actions de prévention en l'absence de pathologie (ex : vaccination, éducation pour la santé, dépistages,...) ou visant à compléter une prise en charge curative (éducation thérapeutique).
Niveau 2 : la planification et mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité
– définir les points à améliorer et le plan d'actions à mettre en œuvre,
– déployer le plan d'action.
Niveau 3 : la production de résultats et les conclusions
– Fournir des données qualitatives et quantitatives (bilan) permettant une analyse critique des actions mises en place,
– Etablir si l'objectif est atteint ou si un nouveau plan d'actions doit être mis en place.</td><td><u>Valorisation</u>
Niveau 1 : montant fixe de 700 €
Niveau 2 : montant variable de 1400 €
Niveau 3 : montant variable de 2 100 € Ces montants se cumulent entre eux.
<u>Pièces justificatives</u>
Pour permettre la vérification de ces critères la structure met à disposition tout document attestant de l'état d'avancement de la démarche qualité à chaque niveau :
Niveau 1 :
– désignation d'un référent qualité de la démarche,
– état des lieux
– argumentaire du choix du ou des thèmes nécessitant une action d'amélioration
– détermination d'un objectif
– .....
Niveau 2 :
– Plan d'action (description du révérenciel/processus/détermination des indicateurs d'avancé/...)
– ...
Niveau 3 :
– bilan des résultats de la démarche par rapport aux objectifs définis
– révision du plan d'action si nécessaire</td></tr>
<tr><th colspan="2">Santé environnementale (indicateur optionnel)</th></tr>
<tr><th>Description</th><th>Valorisation et pièces justificatives</th></tr>
</table>

Protocoles pluri professionnels (Indicateur optionnel)	
Cette démarche vise à instaurer ou renforcer une dynamique en faveur de l'amélioration de la santé environnementale. Cette démarche, découpée en deux volets « décarbonation » et « santé environnementale », doit être partagée par l'ensemble de l'équipe. La structure doit s'engager sur les 2 volets et valider *a minima* 1 action dans chacun des volets. Pour valider le niveau 1, la MSP doit avoir engagée 3 actions de niveau 1. Pour valider le niveau 2, la MSP doit avoir engagée 2 actions additionnelles de niveau 2 (quel que soit le volet choisi). **1ère volet – Décarboner** **Niveau 1 : la structure s'engage à** : – Réaliser une évaluation des principaux postes d'émissions de C02 de la structure et identifier les actions prioritaires à mettre en œuvre ; – Sensibiliser les professionnels de la structure aux enjeux de transition écologique du secteur de la santé (mise en place d'atelier à destination des professionnels de santé, participer à des webinaires, ...) ; – Avoir une politique de gestion des déchets (Cyclamed, DASRI et emballages) ; – Mettre en œuvre au moins une action ou expérimentation « soins écoresponsables ou lutte contre le gaspillage » au sein de la MSP. **Niveau 2 : la structure s'engage à :** – Diminution des transports (promotion du transport partagé des patients) en réalisant des prescriptions de transport partagé ; – Mettre en œuvre au moins 1 protocole pluriprofessionnel sur le thème transversal « soins écoresponsables » ; – Former une majorité des professionnels de la structure aux enjeux de transition écologique du secteur de la santé ainsi que l'ensemble des nouveaux arrivants dans l'année qui suit. **2ème volet – Santé environnementale** **Niveau 1 : la structure s'engage à** : – Sensibiliser les professionnels de la structure aux enjeux de santé environnementale – Avoir une politique d'achat et sélection des produits dont la composition et l'origine des matières premières sont connues, en privilégiant les produits exempts de substances CMR et de perturbateurs endocriniens – Conseil et affichage à destination des patients sur les liens environnement et santé (perturbateurs endocriniens, fortes chaleurs, alimentation, qualité de l'air, etc.) **Niveau 2 : la structure s'engage à :** – Mettre en œuvre des actions de prévention sur des déterminants de santé environnementaux (perturbateurs endocriniens, fortes chaleurs, alimentation, qualité de l'air, impact des résidus médicamenteux etc.) – Former les professionnels de santé de la structure aux enjeux de santé environnementale	**Valorisation** **Niveau 1** : Montant fixe de 850 € est versé pour l'atteinte du niveau 1. **Niveau 2** : Montant fixe de 1650 € est versé dès l'atteinte du niveau 2. Les niveaux 1 et 2 sont cumulables **Pièces justificatives :** Document attestant la mise en place des outils/actions de chaque niveau.

« Art. 3.1.3. – Les indicateurs relatifs au système d'information.

« Art. 3.1.3.1. – Indicateur socle.

« L'axe système d'information se compose d'un indicateur socle :

« – système d'information référencé SEGUR.

Système d'information référencé SEGUR	
Description	**Valorisation et pièces justificatives**
La structure dispose d'un système d'information référencé SEGUR intégrant les fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement d'une structure pluriprofessionnelle. A compter du 1er janvier 2028 l'ensemble des professionnels de santé de la structure utilisent un logiciel référencé Ségur vague 2 (Arrêté du 30 avril 2025 relatif à un programme de financement destiné à encourager l'équipement numérique des médecins de ville - Fonction « Logiciel de gestion de cabinet » Vague 2) leur permettant d'informatiser et partager les dossiers des patients de la structure entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en soins du patient. Ce logiciel est également utilisé pour recueillir les compte-rendu des réunions de concertations pluriprofessionnelles.	**Valorisation** Montant fixe de 3 500 € + un montant de 1 400 € par professionnel de santé (au sens du code de santé publique) associés de la structure (en équivalent temps plein) jusqu'à 16 professionnels, + 1 050 € par professionnel de santé audelà de 16 professionnels. *La rémunération correspondante est versée au prorata temporis à compter de la date d'acquisition du logiciel.* **Pièces justificatives** Copie des factures du logiciel, des bons de commande ou contrats d'abonnement, de maintenance ou de location. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.

« Art. 4. – Paramètres de calcul des indicateurs.

« Art. 4.1. – Le calcul de la patientèle de la structure.

« La patientèle de la structure correspond au nombre de patients (quel que soit l'âge) ayant déclaré comme "médecin traitant" un des médecins associés de la structure exerçant au sein de la structure (au 31/12 de l'année considérée).

« Art. 4.2. – La valorisation des indicateurs.

« Le montant indiqué pour chaque indicateur à l'article 3.1 correspond à un taux de réalisation de 100 % de l'indicateur.

« Pour les indicateurs dont la valorisation est fondée sur un montant fixe, l'atteinte de l'indicateur donne lieu au versement du montant défini.

« Pour les indicateurs dont la valorisation est fondée sur un montant variable, le montant indiqué à l'article 3.1 correspond à une patientèle de référence de 4 000 patients (correspondant à la patientèle moyenne des maisons de santé) et le nombre de professionnels de santé associés pour l'indicateur sur le système d'information.

« Le calcul des montants est proratisé en fonction de la patientèle de la structure définie à l'article 4.1 du présent accord selon le calcul suivant :

« **Calcul des montants pour les indicateurs variables**

« Montant × Patientèle de la structure / Patientèle de référence (4 000)

« A titre d'exemple :

« Pour l'indicateur relatif à la « fonction de coordination », une structure ayant atteint l'indicateur et ayant une patientèle de 10 000 patients bénéficiera de la rémunération suivante de cet indicateur :

« 7 000 € + 11 900 € × (8 000/4 000) + 7 700 € × (2 000/4 000) = 34 650 €

« Pour l'indicateur sur le système d'information, le montant est variable non pas en fonction de la patientèle mais du nombre de professionnels de santé par tranche de nombre de professionnels de santé exerçant au sein de la structure.

« A titre d'exemple : Pour une MSP comptant 20 PS associés, la rémunération sera la suivante :

« 3 500 € + 1 400 € × 16 PS + 1 050 € × 4 PS = 30 100 €

« Art. 4.3. – Calcul d'une majoration de précarité.

« La rémunération versée à la structure est majorée en fonction du taux de précarité de la structure. Le taux de précarité de la structure est défini en fonction du taux de patients C2S et du taux de patients bénéficiaires de l'AME parmi la file active de la structure.

« Le taux de patients C2S de la structure est égal :

« – au nombre de patients bénéficiaires de la C2S ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste associé et salarié de la structure ;

« – divisé par le nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste de la structure associé et salarié de la structure.

« Le taux de patients AME de la structure est égal :

« – au nombre de patients bénéficiaires de l'AME ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste associé et salarié de la structure ;

« – divisé par le nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste de la structure associé et salarié de la structure.

« Le taux de patients C2S et le taux de patients AME de la structure sont comparés aux taux nationaux de patients C2S et AME (actualisés tous les ans) afin de calculer la majoration de précarité de la structure selon les modalités suivantes :

« – Si la structure a une part de patients C2S supérieure à la moyenne nationale et une part de patients AME supérieure à la moyenne nationale :

« La majoration de précarité est égale à :

« (Taux de patients C2S de la structure – Taux national C2S) + (Taux de patients AME de la structure – Taux national AME)

« – Si la structure a une part de patients C2S supérieure à la moyenne nationale et une part de patients AME égale ou inférieure à la moyenne nationale :

« La majoration de précarité est égale à :

« Taux de patients C2S de la structure – Taux national C2S

« – si la structure a une part de patients AME supérieure à la moyenne nationale et une part de patients C2S égale ou inférieure à la moyenne nationale :

« La majoration de précarité est égale à :

« Taux de patients AME de la structure – Taux national AME

« La majoration de précarité appliquée à la structure est plafonnée à 25 %.

« Art. 5. – Les modalités de vérification du respect des engagements.

« Dans le cadre du contrat conforme au contrat type défini en annexe 1, la structure s'engage à transmettre à l'organisme local d'assurance maladie l'ensemble des justificatifs listé à l'article 3.1 du présent accord permettant la vérification du niveau de réalisation des différents indicateurs.

« Cette transmission doit s'effectuer au plus tard le 31 janvier de l'année suivant l'année civile servant de référence pour le suivi des engagements au travers d'un outil dématérialisé.

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

« L'agence régionale de santé s'assure de la cohérence des engagements de la structure dans le cadre du contrat avec les dispositions du projet de santé qui lui est annexé ainsi qu'à la vérification, le cas échéant, de la réalisation de missions de santé publique.

« Elle peut être amenée à proposer à la structure des modifications du projet de santé au regard du contenu des engagements remplis dans le cadre du contrat notamment ceux relatifs aux missions de santé publique définies conformément aux dispositions de l'annexe 2 du présent accord. En cas de modification du projet de santé, un avenant au contrat est signé pour intégrer ces modifications.

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

« Le suivi du respect des engagements est proratisé en fonction de la date de signature du contrat au cours de l'année civile de référence.

« Art. 6. – Les modalités de versement.

« Art. 6.1. – Les conditions de déclenchement de la rémunération.

« Le déclenchement de la rémunération nécessite que les indicateurs socle définis à l'article 3.1 soient respectés. Il s'agit des indicateurs "Horaires d'ouverture", "Organisation des soins non programmés", "Fonction de coordination", "Réponses aux crises sanitaires graves" et "Système d'information référencé SEGUR".

« Par dérogation, pour les structures disposant d'un système d'information se voyant retirer le référencement national en vigueur, le déclenchement de la rémunération intervient dès lors que les indicateurs socles précités sont atteints à l'exception de l'indicateur "Système d'information référencé SEGUR".

« Cette dérogation s'applique durant deux années civiles : l'année civile durant laquelle la labellisation a été retirée par le logiciel et l'année civile suivante. Durant cette période, la structure conserve le bénéfice, à titre dérogatoire, des rémunérations liées à l'indicateur sur le système d'information sous réserve que celui-ci ait été atteint les années précédentes.

« La rémunération, calculée selon les modalités définies à l'article 4, est versée au plus tard le 30 avril de l'année qui suit l'année au titre de laquelle le versement est effectué en fonction de l'atteinte des engagements et ce, sous réserve que les justificatifs aient été fournis par la structure dans les délais prévus à l'article 6.

« Le versement de la rémunération ne peut intervenir que si le statut juridique de la structure permet son versement (*cf.* article 1).

« La rémunération n'est pas due lorsque les indicateurs correspondants font l'objet d'une rémunération dans le cadre d'un autre accord, contrat, convention ou règlement mobilisant un financement relevant de l'assurance maladie.

« Art. 6.2. – Versement d'une avance.

« Afin de permettre à la structure d'engager les investissements nécessaires pour la réalisation des engagements, un dispositif d'avance est mis en place.

« Une avance de 60 % est versée au titre de l'année en cours dans un délai de trois mois suivant la signature du contrat pour la première année, puis, les années suivantes, au moment du versement du solde de la rémunération au titre de l'année précédente, au plus tard le 30 avril.

« Les avances sont calculées sur la base du montant correspondant à la somme qui serait versée dans l'hypothèse d'un taux de réalisation de 100 % de l'ensemble des indicateurs socles, y compris les indicateurs optionnels protocoles pluri professionnels et concertation pluriprofessionnelle tels que définis à l'article 3.1, en prenant en compte la patientèle de la structure définie à l'article 4.1 pour les indicateurs dont la valorisation est basée sur un montant variable et le nombre de professionnels pour l'indicateur sur le système d'information.

« Le versement de l'avance est réalisé sous réserve que le statut juridique de la structure permette son versement (*cf.* article 1).

« Cette avance fait l'objet d'un remboursement à l'organisme d'assurance maladie dans les cas suivants :

« – résiliation du contrat à l'initiative de la structure ou de l'organisme local dans les conditions définies à l'article 9 : dans le cas où la structure a perçu une avance au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue, cette avance fait l'objet d'un remboursement à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation ;

« – dans les cas où l'application des modalités de calcul de la rémunération conduit à un versement inférieur au montant de l'avance, voire à une absence de rémunération, cette avance fait l'objet d'un remboursement total ou partiel à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date de notification relative au paiement de la rémunération.

« Art. 6.3. – Dispositions spécifiques aux nouvelles structures.

« Sont définies comme nouvelles structures les structures ayant déposé leur projet de santé à l'agence régionale de santé depuis moins d'un an à la date de souscription du contrat.

« Par dérogation, durant les deux premières années civiles d'adhésion de la structure au contrat (année civile durant laquelle l'adhésion au contrat est intervenue et année civile suivant l'adhésion), le déclenchement de la rémunération pour les nouvelles structures intervient dès lors que deux des indicateurs socles définis à l'article 3.1 du présent accord sont atteints ("Horaires d'ouverture", "Organisation des soins non programmés", "Fonction de coordination", "Réponses aux crises sanitaires graves", "Système d'information référence SEGUR").

« En outre, durant cette période, ces nouvelles structures bénéficient d'une garantie de versement d'une rémunération annuelle minimale de 20 000 euros pour une année complète (sous réserve du respect des deux socles précités). Ce montant est proratisé en fonction de la date d'adhésion au contrat de la structure.

« Ces nouvelles structures bénéficient également sur cette même période d'une garantie de versement d'une avance, telle que prévue à l'article 6.2, d'un montant minimum de 12 000 euros pour une année complète. Ce montant est proratisé en fonction de la date d'adhésion au contrat.

« Art. 7. – Mécanisme de maintien de rémunération en cas de perte de l'avant-dernier ou dernier médecin associé.

« Les structures se trouvant dans une situation de perte de l'avant-dernier ou dernier médecin associé doivent rester des situations exceptionnelles. L'Assurance maladie met tout en œuvre afin de garantir l'accès aux soins et l'offre médicale sur le territoire. A cet effet, la convention médicale a introduit des mesures pour répondre aux situations de départ de médecin et éviter ces cas exceptionnels, telles qu'une alerte de l'organisme local d'assurance maladie par la structure en cas de risque de perte de l'avant-dernier ou dernier médecin associé.

« En outre, conformément à l'article L. 4041-4 du code de la santé publique, une société interprofessionnelle de soins ambulatoires doit compter parmi ses associés au moins deux médecins et un auxiliaire médical.

« Afin de soutenir les maisons de santé pluriprofessionnelles constituées en SISA qui perdent en année N leur avant dernier médecin et/ou leur dernier médecin associé (et/ou salarié), quelle que soit la spécialité du médecin, et pour leur permettre de rester une équipe dynamique et attractive durant leur recherche de nouvel associé médecin, il est mis en place un mécanisme de soutien financier si les indicateurs « horaires d'ouverture » et « organisation des soins non programmés » étaient validés l'année précédant le départ du/des médecins (N – 1). Si la MSP remplit ces deux conditions, alors l'année de départ de l'avant dernier et/ou du dernier médecin associé (et/ou salarié) de la MSP (année N), les données de la file active et de la patientèle médecin traitant de l'année N – 1 sont maintenues pour le calcul de la rémunération forfaitaire conventionnelle, à condition que ces variables soient plus avantageuses que celles de l'année N.

« L'année suivante, en N + 1, si la MSP ne compte toujours qu'un seul médecin ou a perdu son dernier médecin, les données de la file active et de la patientèle médecin traitant de l'année N2 sont encore maintenues dans le calcul de la rémunération forfaitaire conventionnelle, à condition que ces variables soient plus avantageuses que celles de l'année N + 1.

« En année N + 2, si la MSP ne compte toujours qu'un seul médecin ou plus de médecin du tout, alors la rémunération forfaitaire conventionnelle n'est plus maintenue et cette configuration de la SISA sera un motif de résiliation du contrat ACI (*cf.* article 9.2). »

Article 4

Les modalités de résiliation

1° A l'article 9.2 intitulé « La résiliation par la caisse d'assurance maladie et l'agence régionale de santé », les modifications suivantes sont apportées :

– au troisième alinéa, après les mots : « éligibilité au contrat » sont ajoutés les mots : « tels que décrites à l'article 1 » ;

– après le troisième alinéa, il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« – si la structure n'atteint plus les indicateurs socles définis à l'article 3.1 pendant deux années consécutives. » ;

2° Le premier alinéa de l'article 9.3 intitulé « Les conséquences de la résiliation » est remplacé par les dispositions suivantes :

« En cas de résiliation du contrat, quelle que soit l'origine de celle-ci, le montant de l'avance N + 1 ne sera pas versé et le calcul du solde de l'année N interviendra dans les trois mois suivants la date de résiliation à partir des données connues en année N – 1 au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année. »

Article 5

Les instances de suivi de l'accord

1° A l'article 10.1.1 intitulé « La composition », les modifications suivantes sont apportées :

– au quinzième alinéa, les mots : « deux voix » sont remplacés par les mots : « trois voix » ;

– au dix-huitième alinéa, les mots : « la fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) » sont remplacés par les mots : « la fédération AVECsanté » ;

– l'article est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Siège également au sein de la formation section sociale, avec voix délibérative, un représentant de l'UNOCAM, sous réserve de la signature du présent avenant par l'UNOCAM » ;

2° L'article 10.1.2 intitulé « Les missions de la commission paritaire nationale des structures pluriprofessionnelles » est complété par les dispositions suivantes :

« – suivre les évolutions structurelles des maisons de santé pluriprofessionnelles, notamment quant à leur gouvernance et fonctionnement ;

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

3° A l'article 10.2.1 intitulé « La composition de la commission paritaire régionale des structures pluriprofessionnelles », les modifications suivantes sont apportées :

– au quatrième alinéa, les mots : « fédération régionale des maisons et pôles de santé (FFMPS) » sont remplacés par les mots : « fédération AVECsanté » ;

– avant le dernier alinéa, sont insérées les dispositions suivantes :

« A titre exceptionnel, dans les régions où il existe une carence de désignation par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives signataires, les représentants peuvent être installés dans des régions autres que ceux où sont implantés les CPR au sein desquelles ils sont amenés à siéger. Si malgré les dispositions précédentes, une carence de désignation demeure, la totalité des sièges vacants peut alors être attribuée, par accord entre syndicats, aux représentants des autres organisations syndicales représentatives signataires. Le cas échéant et en dernier recours, la composition des instances pourra être assouplie, le nombre de sièges et leur répartition sont alors laissés à discrétion des partenaires conventionnels locaux, sous réserve du respect des règles de quorum et de parité.

« Si le syndicat pour lequel la carence a été constatée vient à être représenté dans la région, la répartition des sièges doit être revue. » ;

4° L'article 10.2.2 intitulé « Les missions de la commission paritaire régionale des structures pluriprofessionnelles » est complété par les dispositions suivantes :

« – recenser régulièrement les difficultés constatées relatives au fonctionnement des SISA (gouvernance ; organisation, …) sur le territoire et les remonter une fois par an Commission paritaire nationale ;

« – saisir les instances compétentes (ordre des professionnels de santé, juridictions…) en cas de dérives identifiées. »

5° A l'annexe 5 intitulée « Règlement intérieur de la commission paritaire nationale et des commissions paritaires régionales des structures pluriprofessionnelles », la modification suivante est apportée :

– Au premier alinéa de l'article 1.1. intitulé « Secrétariat des commissions », le mot : « CNAMTS » est remplacé par le mot : « CNAM ».

Article 6

Dispositif IPEP

Après l'article 9 *bis* intitulé « Dispositif d'aide au démarrage de l'activité salariée d'infirmier exclusif en pratique avancée salariée », il est inséré un nouvel article 9 *ter* ainsi rédigé :

« *Art. 9 ter. – Dispositif IPEP.*

« Les structures signataires d'un contrat relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles ont la possibilité de s'engager dans un dispositif d'incitation à une prise en charge partagée (IPEP). L'engagement dans ce dispositif se traduit par la signature d'un contrat spécifique IPEP (modèle de contrat à l'annexe 7).

« **1° Les modalités de contractualisation**

« Le dispositif IPEP entre en vigueur à compter du 1er janvier 2027.

« Les structures souhaitant adhérer en font la demande, au cours du premier trimestre de chaque année, auprès de leur caisse en remplissant un dossier de candidature.

« Le dossier de candidature est examiné par la caisse qui, à l'issue de cet examen, peut proposer le contrat type décrit en annexe 7 à la signature de la structure.

« Les structures d'ores et déjà intégrées dans l'expérimentation ne sont pas soumises à la procédure de dépôt de dossier de candidature mais doivent informer la caisse de leur souhait de poursuivre dans le cadre du dispositif IPEP ;

« **2° Les structures éligibles au contrat**

« Le contrat est réservé aux maisons de santé telles que définies à l'article L. 6323-3 du code de la santé publique et remplissant les conditions cumulatives suivantes :

« – être adhérentes au contrat relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles depuis au moins 4 ans ;

« – avoir formalisé un projet dédié au dispositif IPEP, détaillant les actions collectives que la structure envisage de mettre en œuvre afin d'agir sur les indicateurs du modèle ;

« – avoir une patientèle minimale de 5 000 patients médecins traitants ;

« – avoir atteint les indicateurs socles tels que définie à l'article 3.1 de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles ;

« – avoir un taux minimum file active d'équipe parmi les patients ALD, tel que décrit à l'article 8.3.1 (le taux sera défini en CPN).

« Afin de faciliter la gestion de la phase transitoire entre le dispositif expérimental IPEP et le dispositif intégré dans l'ACI, une attention particulière sera portée aux critères d'éligibilité applicables aux structures déjà engagées dans l'expérimentation IPEP ;

« **3° Engagements**

« *a)* **Engagements de la structure**

« L'objectif du contrat IPEP est d'améliorer le service rendu aux patients par une meilleure qualité des soins et l'efficience des dépenses de santé par une meilleure utilisation des ressources disponibles. Pour atteindre les objectifs du modèle IPEP, la structure est libre de définir les actions qu'elle souhaite mener, sous réserve qu'elles visent à améliorer :

« – l'accès aux soins sur le territoire ;

« – la coordination des prises en charge, notamment ville-hôpital et la qualité de la prise en charge des pathologies chroniques, afin d'éviter les ruptures de parcours de soins et de réduire les hospitalisations évitables ;

« – la pertinence des prescriptions médicamenteuses ;

« – la prévention et la promotion de la santé.

« La structure s'engage ainsi :

« – à mettre à jour son projet IPEP relatif à la mise en place d'actions collectives tous les 3 ans et à le transmettre à l'organisme local d'assurance maladie (modèle en annexe du guide méthodologique IPEP[*]) ;

« – à dresser tous les ans, au troisième trimestre de l'année N+1, un état récapitulatif informant de l'utilisation de son intéressement collectif IPEP, relatif au montant perçu en fin d'année N (modèle en annexe du guide méthodologique IPEP)

« [*] *Un guide méthodologique sera mis à disposition des structures sur Ameli.fr après validation de celuici en CPN.*

« *b)* **Engagements de l'assurance maladie**

« En contrepartie du respect des engagements au contrat, l'assurance maladie s'engage à verser à la structure un intéressement qui sera calculé annuellement en fonction des résultats de la structure sur l'atteinte d'objectifs en matière de qualité des prises en charge et d'efficience des dépenses d'assurance maladie définis ci-après.

« L'intéressement est versé annuellement, au dernier trimestre de l'année N, sur la base des résultats des années N-2, N-3 et N-4 ;

« **4° Les composantes du modèle de financement et modalités de calcul**

Le modèle de financement IPEP est fondé sur :

« – une composante "qualité" qui mesure l'atteinte d'objectifs en termes de qualité de prise en charge des patients et de performance des organisations ;

« – une composante "maîtrise des dépenses" qui mesure l'efficience de la structure en termes de dépenses de soins.

« *a)* **La composante "qualité"**

« La composante qualité du modèle IPEP intègre des indicateurs de qualité et de performance, relatifs au maintien et à l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients de la structure.

« La liste des indicateurs qualité, la méthode de calcul du score ainsi que la méthode de valorisation de la composante qualité du modèle sont explicitement précisées dans le guide méthodologique IPEP.

« *b)* **La composante "efficience des dépenses"**

« La composante efficience des dépenses du modèle IPEP vise à mesurer l'impact des actions mises en place par la structure sur la dépense d'assurance maladie de sa patientèle et de rétribuer à la structure, une partie des résultats financiers de ces actions.

« Pour le calcul des gains liés à l'efficience des dépenses, deux comparaisons sont réalisées :

« – l'écart entre la dépense réelle de la structure et la dépense nationale ajustée l'année N2 ;

« – la différence d'évolution entre les dépenses réelles de la structure et les dépenses nationales ajustées entre N-4 N-3 et N-2.

« Les gains d'efficience générés en année N par la structure sont estimés à partir de ces deux montants selon la méthodologie explicitement précisée dans le guide méthodologique IPEP. Ces calculs sont réalisés sur la base des données issues du SNDS, liées aux dépenses d'assurance maladie de la patientèle médecin traitant de la structure ;

« **5° Modalités de calcul de l'intéressement**

« Le montant de l'intéressement correspond au montant obtenu par la structure sur la composante « efficience des dépenses », modulé par le score qualité global, dans une fourchette comprise entre – 20 % et +20 %, en fonction de la valeur du score obtenu. Ce montant d'intéressement fondé en premier lieu sur la maitrise des dépenses est complété par une rémunération propre de la qualité non liée aux gains d'efficience.

« Le montant d'intéressement est versé dans la limite du plafond défini pour chaque structure :

« – le montant de l'intéressement par patient est plafonné à 15 € *(cf.* guide méthodologique IPEP) ;

« – le montant de l'intéressement annuel de la structure est par ailleurs plafonné au montant annuel perçu par la structure dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles.

« Le montant de l'intéressement, calculé annuellement, sera ajusté proportionnellement à la durée effective de la participation de la structure au dispositif en cas d'entrée tardive dans le dispositif, ou de sortie du dispositif en cours d'année ;

« **6° La durée du contrat**

« Le contrat fixé à l'annexe 7 est conclu pour une durée de trois ans à compter de la date de signature du présent contrat, renouvelable sur accord exprès des parties signataires ;

« **7° Suivi contractuel et évolution du contrat**

« Un point d'échange annuel est organisé entre la structure signataire du contrat et l'organisme local d'assurance maladie.

« La structure signataire s'engage à participer à cet échange annuel, pour informer la caisse, des actions mises en œuvre par la structure dans le cadre du dispositif IPEP, des projets envisagés, des éventuelles difficultés rencontrées, et notamment la difficulté d'atteinte des objectifs fixés ;

« **8° Les modalités de résiliation du contrat**

« *a)* **La résiliation à l'initiative de la structure**

« La structure signataire du contrat peut à tout moment choisir de ne plus adhérer au contrat. Elle doit en informer l'organisme local d'assurance maladie a minima deux mois avant la date anniversaire du contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

« Cette rupture prendra effet à la date d'anniversaire du contrat.

« En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indument versées, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir du contrat au moment de la résiliation demandée par la structure ;

« *b)* **La résiliation par la caisse d'assurance maladie**

« En cas de constat du non-respect manifeste par la structure de tout ou partie de ses engagements, ou si elle ne satisfait plus les conditions d'éligibilité deux années de suite en cours de contrat, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception des non-respects et de son intention de résilier le contrat.

« La structure dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

« Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

« A l'issue de ce délai, la caisse notifie à la structure la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception et procède à la récupération des sommes indûment versées au titre du contrat, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation du contrat. »

Article 7

Modification des annexes

1° Les dispositions de l'annexe 1 intitulée « Contrat type relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« ANNEXE 1

« CONTRAT TYPE RELATIF AUX STRUCTURES DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES

« Vu le code de la sécurité sociale et notamment son article L. 162-14-1 (II) ;

« Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L. 6323-1 et L. 6323-3 ;

« Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures pluriprofessionnelles,

« Il est conclu entre

« d'une part,

« Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale de :

« représentée par :

« Le directeur de l'agence régionale de santé de :

« Et d'autre part,

« La structure pluriprofessionnelle :

« – raison sociale :

« – numéro FINESS :

« – type de structure *maison santé mono-site / maison de santé multi-sites / centre de santé* - adresse :

« représentée par agissant en qualité de représentant de la structure

« Ou représentée par les personnes suivantes membres de la structure en cours de constitution sous une forme juridique lui permettant de percevoir des rémunérations de l'assurance maladie en son nom :

.....

« un contrat relatif aux structures pluriprofessionnelles

« Préambule

« L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles publié au *Journal officiel* du JJ MM AAAA prévoit la définition d'un contrat-type sur la base duquel les structures pluriprofessionnelles, maisons de santé mono-site ou multi-sites les organismes locaux de l'assurance maladie et les agences régionales de santé peuvent s'engager dans une démarche en faveur de l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficience des soins.

« Ce contrat valorise le travail en équipe réalisé au sein de ces structures qui favorise l'optimisation des parcours des patients.

« L'objectif du présent contrat est de :

« – renforcer la prévention, l'efficience et la qualité de la prise en charge des patients ;

« – améliorer l'articulation entre les services et établissements de santé, les structures et services médicosociaux et le secteur ambulatoire pour assurer la continuité des parcours des patients ;

« – conforter l'offre de soins de premier recours.

« Les dispositions négociées et signées par les partenaires conventionnels dans le cadre de l'Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles s'appliquent automatiquement aux contrats en cours. Les structures signataires ne souhaitant pas se voir appliquer ces futures évolutions peuvent résilier leur contrat dans les conditions prévues à l'article 9.1 du présent texte.

« Art. 1er. – Les structures éligibles au contrat.

« Les structures pluriprofessionnelles éligibles au contrat type défini à l'article 2 et à l'annexe 1 du présent accord sont les maisons de santé mono-site ou multi-sites définis à l'article L. 63233 du code de la santé publique. 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. »

« Les maisons de santé mono-site ou multi-sites concernées sont celles remplissant les conditions cumulatives suivantes à la signature du contrat :

« – être constituées en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA)

« – avoir élaboré un projet de santé en cohérence avec le projet régional de santé. Dans les cinq ans suivant la signature du contrat ACI, il est préconisé une actualisation du projet de santé

« La signature du présent contrat n'est pas cumulable avec l'adhésion à l'accord national des centres de santé.

« Dans le but de garantir que la structure assure notamment la prise en charge de patients médecin traitant en ALD, celle-ci s'engage, au plus tard un an suivant la signature du contrat, à atteindre un minimum de 300 patients médecin traitant dont 10% patients en ALD par ETP de médecin généraliste associé ou salarié de la structure. Un suivi sera mis en place pour identifier les risques de contournement et ces dispositions pourront être adaptées en CPN.

« Sont annexés au présent contrat :

« – les statuts de la structure (SISA)

« – la copie du projet de santé de la structure,

« – la liste des professionnels de santé libéraux associés et salariés de la structure.

« – le cas échéant, la liste des professionnels de santé vacataires au sein de la structure

« – le cas échéant, la ou les missions de santé publique sur lesquelles la structure s'est engagée conformément aux dispositions prévues à l'article 3.1 du présent contrat,

« La mise à jour de l'ensemble de ces informations par la structure devra se faire au fil de l'eau auprès de la Caisse, notamment pour la liste des professionnels de santé associés, salariés et vacataires (à chaque changement).

« Art. 2. – Les indicateurs du contrat.

« *Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2027.*

« *Ces dispositions s'appliquent à compter de cette date aux contrats en cours. Les structures signataires ne souhaitant pas se voir appliquer ces dispositions peuvent résilier leur contrat dans les conditions prévues à l'article 9.1 dudit contrat.*

« Le présent contrat met en place une rémunération modulée en fonction de l'atteinte d'indicateurs organisés autour des axes, accès aux soins, qualité et coordination des soins avec l'appui notamment d'un système informationnel partagé.

« Les engagements socles doivent obligatoirement être remplis pour ouvrir droit au versement de la rémunération. Les engagements optionnels sont facultatifs et donnent lieu à rémunération lorsqu'ils sont remplis.

« Le contenu, les modalités de valorisation des indicateurs et les justificatifs à transmettre pour permettre l'appréciation de l'atteinte des indicateurs sont précisés au présent article.

« Art. 2.1. – Définition des indicateurs par axes et valorisations.

« Les tableaux ci-dessous présentent les indicateurs par axes. Ces derniers fixent également les niveaux de valorisation de chaque indicateur et les pièces justificatives demandées.

« Art. 2.1.1. – Axe "Accès aux soins".

« Art. 2.1.1.1. – Indicateurs Socles.

« L'axe accès aux soins se compose de trois indicateurs socles :

« – accessibilité des structures pluriprofessionnelles ;

« – organisation des soins non programmés ;

« – réponses aux crises sanitaires graves.

«

Accessibilité de la structure (indicateur socle)	
Description	**Valorisation et pièces justificatives**
Les maisons de santé doivent être ouvertes au public du lundi au vendredi, le samedi matin* et pendant les congés scolaires (avec fermeture maximum pendant 3 semaines pendant les congés scolaires dans l'année). La structure doit être ouverte au public sur une amplitude horaire totale de 12 heures par jour en semaine et une amplitude horaire de 4h minimum le samedi matin. Une minoration de la rémunération est appliquée en cas d'amplitude horaire inférieure à 12 heures par jour en semaine ainsi qu'en cas de fermeture le samedi. Sur cette amplitude horaire, la structure est ouverte mais sans nécessité que l'ensemble des professionnels de santé soient présents. **sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins ou du SAS prévue par dérogation de l'agence régionale de santé.*	**Valorisation** : Montant fixe de 4 100 €. Une minoration est appliquée en cas : – d'amplitude horaire comprise entre 10h et 12h par jour en semaine : une minoration de 420 € est appliquée – d'amplitude horaire comprise entre 8h et 10h par jour en semaine : une minoration de 1 050 € est appliquée – de fermeture le samedi matin : une minoration de 840 € est appliquée ; – de fermeture maximum pendant 3 semaines pendant les congés scolaires dans l'année : une minoration de 140 euros est appliquée. Non validation de ce critère socle en cas de fermeture de plus de trois semaines pendant les congés scolaires et en cas de fermeture hors vacances scolaires. **Pièces justificatives** : La maison de santé transmet à sa caisse d'Assurance Maladie une copie de la charte d'engagement de la structure, qui précise la garantie de service offert aux patients. Le modèle type de cette charte est joint en annexe 4. Cette charte est affichée dans la structure.
Organisation des soins non programmés (indicateur socle)	
Description	**Valorisation et pièces justificatives**
Les professionnels de santé de la structure s'organisent pour recevoir chaque jour ouvré les patients (suivis ou non par la structure) ayant besoin de soins non programmés. Cette organisation peut prendre différentes formes selon les choix faits par la structure, notamment : – par la disponibilité des différents professionnels de santé de la structure pour une régulation des demandes (physique ou téléphonique) ; – la possibilité de consultations dans la journée : plages horaires dédiées pour chaque professionnel ; journées dédiées ou plages horaires assurées à tour de rôle par chacun des médecins de la structure ; – par le recours à l'accès direct pour les professions concernées, dans les conditions prévues par la réglementation ou par le recours à la plateforme d'orientation PPSO ; – pour répondre aux demandes du SAS ; – la participation à l'organisation territoriale de la PDSA ; – Etc.	**Valorisation** : Montant fixe de 1500 €. **Pièces justificatives** : La structure doit détailler l'organisation mise en place pour accueillir les patients en soins non programmés qui a été décrite au sein de la charte d'engagement.
Réponses aux crises sanitaires graves (indicateur socle)	
Description	**Valorisation et pièces justificatives**
Les autorités sanitaires et les administrations en charge du système de soins ont la responsabilité de qualifier la situation de « crise sanitaire et d'en organiser la réponse ». **Rédaction d'un plan de préparation** : A l'échelle de la structure et pour sa patientèle, un plan de préparation à la réponse de crise sanitaire doit être élaboré par la structure (exemple : protocole organisationnel, ...), et doit s'articuler le cas échéant avec la mission crise sanitaire de la CPTS du territoire. **Mise en œuvre d'actions** Dès la survenue d'une crise sanitaire grave, est valorisée toute action pouvant répondre aux besoins en soins des patients : prise en charge spécifique des patients atteints par la crise sanitaire (protocoles, prévention, etc.) et adaptation de la structure pour faciliter la prise en charge des patients « fragiles » durant la période de crise en lien avec le plan rédigé.	**Valorisation** : – Montant fixe de 700 € au titre de la rédaction du plan de crise sanitaire et ses mises à jour annuelle ; – Montant variable de 2 450 € en fonction de la patientèle de référence (en cas de survenue d'une crise sanitaire grave caractérisée par l'ARS). **Pièces justificatives :** Le plan de préparation (et ses mises à jour) et tout document attestant de la mise en place des actions répondant aux besoins en soins des patients en cas de survenue de la crise sont mis à la disposition de la Caisse à sa demande.

« Art. 2.1.1.2. – Indicateurs optionnels.

« L'axe accès aux soins se compose de 5 indicateurs optionnels :

« – diversité de soins médicaux et paramédicaux ;

« – consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien- dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure ;

« – mission de santé publique ;

« – implication des usagers ;
« – soins non programmés en lien avec le SAS.

«

Diversité de soins médicaux et paramédicaux (indicateur optionnel)	
Description	**Valorisation et pièces justificatives**
Cet indicateur se distingue en deux niveaux. **1er niveau** : présence parmi les associés et les salariés de la structure d'au moins une profession médicale (toutes spécialités médicales (hors médecine générale), sages-femmes, chirurgiens-dentistes) ou pharmacien(s) d'officine **ou** de 3 professions paramédicales différentes. **2e niveau** : Présence parmi les associés et salariés de la structure (s'il y en a) d'au moins une profession médicale (toutes spécialités médicales (hors médecine générale), sages-femmes, chirurgiens-dentistes), ou pharmacien(s) d'officine et de 3 professions paramédicales différentes. Les professions prises en compte dans cet indicateur sont celles visées dans la 4ème partie du code de la santé publique et reconnues comme professionnels de santé.	**Valorisation** : 1er niveau : Montant fixe de 2 100 € 2e niveau : Montant fixe de 2 100 € Les niveaux sont cumulatifs. **Pièces justificatives** : Transmission au fil de l'eau de la liste des professionnels de santé associés et salariés de la structure avec pour chacun les informations suivantes : nom, prénom, numéro AM, numéro RPPS, profession ou spécialité médicale. Seuls les professionnels de santé présents au 31 décembre de l'année seront pris en compte dans le calcul de valorisation de cet indicateur.
Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure (indicateur optionnel)	
Description	**Valorisation et pièces justificatives**

<table>
<tr><th colspan="2">Diversité de soins médicaux et paramédicaux (indicateur optionnel)</th></tr>
<tr><td>Cet indicateur se distingue en deux niveaux.
1er niveau : organisation de consultations de second recours (toutes spécialités médicales hors médecine générale) ou sages-femmes ou chirurgiens-dentistes ou pharmaciens d'officine par des professionnels extérieurs à la structure, représentant en moyenne 2 jours par mois.
2e niveau : Organisation de consultations de second recours (toutes spécialités médicales hors médecine générale) ou sages-femmes ou chirurgiens-dentistes ou pharmaciens d'officine par des professionnels extérieurs à la structure représentant en moyenne au minimum 2,5 jours par semaine (soit 0,5 équivalent temps plein).</td><td><u>Valorisation</u> :
1er niveau : Montant fixe de 2 100 €
2e niveau : Montant fixe de 2 100 €
Les niveaux sont cumulatifs.
<u>Pièces justificatives</u> :
Transmission au fil de l'eau de la liste des professionnels de santé vacataires au sein de la structure au cours de l'année écoulée précisant pour chacun les informations suivantes : nom, prénom, numéro AM, numéro RPPS, profession ou spécialité médicale, temps moyen hebdomadaire de présence au sein de la structure.
Seuls les professionnels de santé présents au 31 décembre de l'année seront pris en compte dans le calcul de valorisation de cet indicateur.</td></tr>
<tr><th colspan="2">Mission de santé publique (indicateur optionnel)</th></tr>
<tr><th>Description</th><th>Valorisation et pièces justificatives</th></tr>
<tr><td>Réalisation d'au moins une mission de santé publique à choisir dans la liste des thèmes listés en annexe 2 ou s'inscrivant en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS)</td><td><u>Valorisation</u> :
- Montant de 2450 € par mission réalisée dans l'année écoulée (indicateur variable).
2 missions peuvent être rémunérées au maximum.
Une mission au plus peut être rémunérée pour chacun des thèmes retenus.
- Un montant fixe de 1400 € est versé pour la réalisation de 2 missions dès lors que la structure intègre parmi ses professionnels de santé un infirmier en pratique avancée (IPA) libéral ou salarié de la MSP.
<u>Pièces justificatives :</u>
La (ou les) mission(s) retenue(s) est (sont) précisée(s) dans une annexe au contrat de la structure précisant le contenu, les modalités de mise en œuvre de la mission ainsi que les justificatifs à transmettre.</td></tr>
<tr><th colspan="2">Engagement des usagers (Indicateur optionnel)</th></tr>
<tr><th>Description</th><th>Valorisation et pièces justificatives</th></tr>
<tr><td>2 niveaux (cumulables) de réalisation sont distingués pour cet indicateur.
Pour répondre au <u>niveau 1</u> la structure s'organise soit :
- par la mise en place d'actions pour améliorer les services offerts par la structure et/ou les parcours de soins individuels, fondées sur la consultation des patients et le recueil de leur expérience au sens large : questionnaires ad hoc, standardisés type Proms/Prems, entretiens, focus groups, shadowing…
- par la mise en place d'actions pour améliorer les services offerts par la structure (ex : conditions d'accueil, délais de rendez-vous, clarté des informations, …) par la participation à des campagnes structurées accessibles pour toutes les MSP volontaires pour améliorer l'expérience des soins dans la structure. La campagne met à disposition un questionnaire national validé par la HAS et concerté dans le cadre des expérimentations PEPS/IPEP, administré en ligne et destiné à l'ensemble de la patientèle médecin traitant des structures. La campagne serait réalisée via la plateforme EvalSanté, qui permet la restitution des résultats aux équipes. Les résultats doivent permettre la mise en place d'actions améliorant l'expérience des soins dans la structure.
<u>Niveau 2</u> : mise en place d'actions de partenariat (coconstruction, co-décision) entre la structure et les usagers, orientées vers des publics considérés comme prioritaires (comorbidités, faible littératie, vulnérabilité sociale, …). Mobilisation d'outils et ressources spécifiques et disponibles dans la structure ou l'écosystème régional : formations, patients partenaires, médiateurs, associations, plateformes de ressources…</td><td><u>Valorisation</u>
Niveau 1 :
– Montant fixe de 1 000 € (actions basées sur la consultation des patients et le recueil de leur expérience au sens large)
– Montant fixe de 1 000 € (actions basées sur des campagnes nationales) + 7 € par questionnaire complété dans la limite de 2 500 € au total.
Les montants ne sont pas cumulatifs.
Niveau 2 : 2 100 € variables en fonction de la patientèle de la structure telle que définie à l'article 4.1
Ces montants du niveau 1 et du niveau 2 se cumulent entre eux.
<u>Pièces justificatives</u>
<u>Pour le niveau 1</u>
Soit : questionnaires ad hoc, standardisés type Proms/Prems, entretiens, focus groups, shadowing…
Soit : engagement de la structure dans une campagne structurée réalisée via la plateforme EvalSanté
<u>Pour le niveau 2</u> : désignation d'un référent usager dans les groupes de travail ou dans des ateliers d'ETP, création de comités d'usagers, présence d'un médiateur, …</td></tr>
<tr><th colspan="2">Soins non programmés en lien avec le dispositif de Service d'accès aux soins (SAS) (indicateur optionnel)</th></tr>
<tr><th>Description</th><th>Valorisation et pièces justificatives</th></tr>
<tr><td>La structure s'organise pour que :
- Soit au moins 50% des médecins participent au dispositif SAS dans les conditions définies par la convention médicale.
- Soit la structure s'organise pour prendre en charge les sollicitations du régulateur du SAS selon les capacités de la structure.</td><td><u>Valorisation</u>
– Montant fixe de 1 400 € si l'ensemble des médecins de la MSP s'engagent dans le dispositif SAS ou si la MSP prend en charge toutes les sollicitations du régulateur du SAS
– ou montant fixe de 700 € si 50 % des médecins de la MSP s'engagent dans le dispositif SAS.
<u>Pièces justificatives</u>
– Soit transmission au SAS de la liste des médecins s'inscrivant dans le dispositif.
– Soit vérification de la réponse aux sollicitations du régulateur du SAS opérée sur la base des informations issues des plateformes de régulation.</td></tr>
</table>

« Art. 2.1.2. – Les indicateurs relatifs au travail en équipe et à la coordination.

« Art. 2.1.2.1. – Indicateur socle.

« L'axe travail en équipe se compose d'un indicateur socle :

« – fonction de coordination.

«

Fonction de coordination (Indicateur socle)	
Description	**Valorisation et pièces justificatives**
La fonction de coordination est assurée soit par des personnes exerçant au sein de la structure (y compris des professionnels de santé en exercice) ayant un temps identifié et dédié à cette fonction, soit par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction. La fonction de coordination regroupe notamment les missions suivantes : – animation de la coordination interprofessionnelle, – coordination des parcours et des dossiers patients, – suivi de l'utilisation du système d'information (SI) et organisation du travail de production des données de santé, – relation avec les institutions (organisme d'assurance maladie, agence régionale de santé, ...) ou collectivités.	**Valorisation** Un montant fixe de 7 000 € + un montant de 11 900 € variables jusqu'à 8 000 patients + 7 700 € variables au-delà de 8 000 patients. **Pièces justificatives** Transmission des documents attestant de la mise en place d'une fonction de coordination assurée soit par des personnes exerçant au sein de la structure (y compris des professionnels de santé en exercice) ayant un temps identifié et dédié à cette fonction soit par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction : contrat de travail, fiche de poste, ...

« Art. 2.1.2.2. – Indicateurs optionnels.

« L'axe travail en équipe se compose de 6 indicateurs optionnels :

« – protocoles pluriprofessionnels ;
« – concertation pluriprofessionnelle ;
« – formation des jeunes professionnels ;
« – coordination externe ;
« – démarche qualité ;
« – engagement environnemental.

«

Protocoles pluri professionnels (Indicateur optionnel)	
Description	**Valorisation et pièces justificatives**
Elaboration de protocoles pluriprofessionnels pour la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé. Ces protocoles doivent : – s'appuyer sur l'expérience et les compétences des professionnels concernés, – être conformes aux recommandations élaborées par les agences sanitaires (Haute Autorité de santé – HAS -; ANSM ; Santé Publique France…), – être adaptés à chaque équipe, – répondre à un vrai besoin, – formaliser et harmoniser des pratiques existantes, – être simples, aisément consultables lors des soins, – préciser le rôle et les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge et les différentes interactions entre eux (répondre à la question « qui fait quoi quand »), – être réactualisés régulièrement à la lumière des retours d'expérience. Les protocoles doivent porter en priorité sur les thèmes listés à l'annexe 3 du présent accord. Quelle que soit la thématique du protocole (dans la liste ou hors liste), il est préconisé de favoriser la co construction des protocoles au cours de l'année entre la caisse et la structure. Une trame type de protocole sera validée en CPN afin de structurer leur co-construction et leur formalisation : objectif de l'action, organisation pluri pro, référence aux recommandations, critères d'évaluation. Le cas échéant, si les protocoles élaborés sur des thèmes n'appartenant pas à la liste figurant dans cette annexe n'ont pas fait l'objet d'une co-construction, ils devront faire l'objet d'un examen au cas par cas par le service médical de la Caisse d'Assurance Maladie en vue d'une éventuelle valorisation.	**Valorisation** Un montant fixe de 700 € par protocole. 8 protocoles peuvent être rémunérés au maximum. S'ajoute un montant fixe de 280 € par protocole dès lors que la structure intègre parmi ses professionnels de santé un IPA libéral ou salarié de la MSP. **Pièces justificatives** Transmission à l'organisme d'assurance maladie des protocoles élaborés.
Concertation pluriprofessionnelle (indicateur optionnel)	
Description	**Valorisation et pièces justificatives**
Organisation d'au moins 6 réunions par an entre professionnels de la structure autour du cas des patients relevant d'un des thèmes listés à l'annexe 3 du présent accord. Ces réunions visent à définir la stratégie de prise en charge du patient et à coordonner sa mise en œuvre. Un compte rendu est intégré dans le dossier informatisé du patient, sous une forme paramétrable permettant une requête informatique et alimente le dossier médical partagé. Pour bénéficier de la rémunération maximale, le nombre de dossiers étudiés doit correspondre à 5 % des patients médecins traitants présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans. Les dossiers examinés lors des réunions peuvent concerner également des patients ne remplissant pas ces conditions d'âge ou d'ALD.	Valorisation Un montant de 7 000 € variables si au moins 6 réunions par an et un nombre de dossiers étudiés correspondant à 5 % des patients médecins traitants présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans. La rémunération est proratisée au regard de ce taux d'atteinte. S'ajoute un montant de 1 400 euros variables dès lors que la structure intègre parmi ses professionnels de santé un IPA libéral ou salarié Pièces justificatives Transmission par la structure du calendrier des réunions précisant pour chaque réunion le nombre de dossiers examinés. Les comptes rendus des réunions de concertations sont mis à disposition du service médical de l'assurance maladie à sa demande.
Formation des jeunes professionnels (indicateur optionnel)	
Description	**Valorisation et pièces justificatives**
La structure constitue un terrain de stages de formation pour les professionnels de santé, à raison d'au moins deux stages par an (quelle que soit la profession de santé, y compris pour les docteurs juniors) et selon les modalités propres à chaque profession. Un troisième et quatrième stage peut être valorisé au sein de la structure. Par ailleurs, la maison de santé accueillant au moins trois étudiants réalisant leur service sanitaire en santé est valorisée pour favoriser l'interdisciplinarité (quelle que soit la profession de santé).	**Valorisation** Un montant fixe de 3 150 € pour deux stages Un montant fixe de 1 575 € pour le troisième et quatrième stage. Montant fixe de 450 € pour l'accueil a minima de trois étudiants réalisant leur service sanitaire en santé. **Pièces justificatives** Transmission à l'organisme local d'assurance maladie de la photocopie des attestations de stages réalisés au sein de la structure ou de la photocopie des conventions de stages permettant d'identifier : – le nom du stagiaire, – la profession concernée par la formation, – les dates de réalisation du stage.

<table>
<tr><th colspan="2">Protocoles pluri professionnels (Indicateur optionnel)</th></tr>
<tr><th colspan="2">Coordination externe (indicateur optionnel)</th></tr>
<tr><th>Description</th><th>Valorisation et pièces justificatives</th></tr>
<tr><td>La structure met en place une procédure conforme à la réglementation définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers :
– les professionnels de santé extérieurs à la
structure,
– les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation,
– les structures et services médico-sociaux.
– les intervenants sociaux (dans le respect du secret professionnel et de la réglementation applicable).</td><td><u>Valorisation</u>
Un montant de 1 400 € variable en fonction de la patientèle de la structure telle que définie à l'article 4.1
<u>Pièces justificatives</u>
Transmission de tout document attestant de la mise en place de ces procédures de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers :
– les professionnels de santé
extérieurs à la structure,
– les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation,
– les structures et services médicosociaux.
les intervenants sociaux.</td></tr>
<tr><th colspan="2">Démarche qualité (indicateur optionnel)</th></tr>
<tr><th>Description</th><th>Valorisation et pièces justificatives</th></tr>
<tr><td>Cette démarche d'auto-évaluation vise à instaurer ou renforcer une dynamique d'amélioration continue du service rendu au patient. Cette démarche doit être partagée par l'ensemble de l'équipe.
Niveau 1 : le diagnostic de maturité
– désigner un référent qualité en charge d'animer et suivre la démarche auprès de l'équipe,
– Identifier une action d'amélioration en fonction de la situation de la structure parmi les thèmes suivants et déterminer un objectif d'amélioration :
– continuité des soins (ex : organisation du cabinet, en aval d'une sortie d'hospitalisation, ...)
– situations médico-sociales
(approches populationnelles)
– collaboration et coordination pluriprofessionnelles autour de certains patients complexes nécessitants plusieurs intervenants (soins médicaux, infirmiers, kiné...), de situations à risque comme la sortie immédiate d'hospitalisation,.....
– délégation et coordination pluriprofessionnelles autour de certaines pathologies (protocoles pluri professionnels de soins,...)
– accès aux soins (ex : plages d'horaires d'ouverture, plages horaires dédiés aux soins non programmés, participation à une
CPTS, mise en œuvre de protocoles nationaux voire de protocoles locaux, ...)
– actions de prévention en l'absence de pathologie (ex : vaccination, éducation pour la santé, dépistages,...) ou visant à compléter une prise en charge curative (éducation thérapeutique).
Niveau 2 : la planification et mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité
– définir les points à améliorer et le plan d'actions à mettre en œuvre,
– déployer le plan d'action.
Niveau 3 : la production de résultats et les conclusions
– Fournir des données qualitatives et quantitatives (bilan) permettant une analyse critique des actions mises en place,
Etablir si l'objectif est atteint ou si un nouveau plan d'actions doit être mis en place.</td><td><u>Valorisation</u>
Niveau 1 : montant fixe de 700 €
Niveau 2 : montant variable de 1400 €
Niveau 3 : montant variable de 2 100 € Ces montants se cumulent entre eux.
<u>Pièces justificatives</u>
Pour permettre la vérification de ces critères la structure met à disposition tout document attestant de l'état d'avancement de la démarche qualité à chaque niveau :
Niveau 1 :
– désignation d'un référent qualité de la démarche,
– état des lieux
– argumentaire du choix du ou des thèmes nécessitant une action d'amélioration
– détermination d'un objectif
– .....
Niveau 2 :
– Plan d'action (description du révérenciel/processus/détermination des indicateurs d'avancé/...)
– ...
Niveau 3 :
– bilan des résultats de la démarche par rapport aux objectifs définis
révision du plan d'action si nécessaire</td></tr>
<tr><th colspan="2">Santé environnementale (indicateur optionnel)</th></tr>
<tr><th>Description</th><th>Valorisation et pièces justificatives</th></tr>
</table>

Protocoles pluri professionnels (Indicateur optionnel)	
Cette démarche vise à instaurer ou renforcer une dynamique en faveur de l'amélioration de la santé environnementale. Cette démarche, découpée en deux volets « décarbonation » et « santé environnementale », doit être partagée par l'ensemble de l'équipe. La structure doit s'engager sur les 2 volets et valider a minima 1 action dans chacun des volets. Pour valider le niveau 1, la MSP doit avoir engagée 3 actions de niveau 1. Pour valider le niveau 2, la MSP doit avoir engagée 2 actions additionnelles de niveau 2 (quel que soit le volet choisi). **1ère volet – Décarboner** **Niveau 1 : la structure s'engage à :** – Réaliser une évaluation des principaux postes d'émissions de C02 de la structure et identifier les actions prioritaires à mettre en œuvre ; – Sensibiliser les professionnels de la structure aux enjeux de transition écologique du secteur de la santé (mise en place d'atelier à destination des professionnels de santé, participer à des webinaires, ...) ; – Avoir une politique de gestion des déchets (Cyclamed, DASRI et emballages) ; Mettre en œuvre au moins une action ou expérimentation « soins écoresponsables ou lutte contre le gaspillage » au sein de la MSP. **Niveau 2 : la structure s'engage à :** – Diminution des transports (promotion du transport partagé des patients) en réalisant des prescriptions de transport partagé ; – Mettre en œuvre au moins 1 protocole pluriprofessionnel sur le thème transversal « soins écoresponsables » ; – Former une majorité des professionnels de la structure aux enjeux de transition écologique du secteur de la santé ainsi que l'ensemble des nouveaux arrivants dans l'année qui suit. **2ème volet – Santé environnementale** **Niveau 1 : la structure s'engage à :** – Sensibiliser les professionnels de la structure aux enjeux de santé environnementale – Avoir une politique d'achat et sélection des produits dont la composition et l'origine des matières premières sont connues, en privilégiant les produits exempts de substances CMR et de perturbateurs endocriniens – Conseil et affichage à destination des patients sur les liens environnement et santé (perturbateurs endocriniens, fortes chaleurs, alimentation, qualité de l'air, etc.) **Niveau 2 : la structure s'engage à :** – Mettre en œuvre des actions de prévention sur des déterminants de santé environnementaux (perturbateurs endocriniens, fortes chaleurs, alimentation, qualité de l'air, impact des résidus médicamenteux etc.) – Former les professionnels de santé de la structure aux enjeux de santé environnementale	**Valorisation** **Niveau 1** : Montant fixe de 850 € est versé pour l'atteinte du niveau 1. **Niveau 2 :** Montant fixe de 1650 € est versé dès l'atteinte du niveau 2. Les niveaux 1 et 2 sont cumulables **Pièces justificatives :** Document attestant la mise en place des outils/actions de chaque niveau.

« Art. 2.1.3. – Les indicatuers relatifs au système d'information.

« Art. 2.1.3.1. – Indicateur socle.

« L'axe système d'information se compose d'un indicateur socle :

« – système d'information référencé SEGUR.

«

Système d'information référencé SEGUR	
Description	**Valorisation et pièces justificatives**
La structure dispose d'un système d'information référencé SEGUR intégrant les fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement d'une structure pluriprofessionnelle. A compter du 1er janvier 2028 l'ensemble des professionnels de santé de la structure utilisent un logiciel référencé Ségur vague 2 (Arrêté du 30 avril 2025 relatif à un programme de financement destiné à encourager l'équipement numérique des médecins de ville - Fonction « Logiciel de gestion de cabinet » Vague 2) leur permettant d'informatiser et partager les dossiers des patients de la structure entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en soins du patient. Ce logiciel est également utilisé pour recueillir les compte-rendu des réunions de concertations pluriprofessionnelles.	**Valorisation** Montant fixe de 3 500 € + un montant de 1 400 € par professionnel de santé (au sens du code de santé publique) associés de la structure (en équivalent temps plein) jusqu'à 16 professionnels, +1 050 € par professionnel de santé audelà de 16 professionnels. *La rémunération correspondante est versée au prorata temporis à compter de la date d'acquisition du logiciel.* **Pièces justificatives** Copie des factures du logiciel, des bons de commande ou contrats d'abonnement, de maintenance ou de location. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.

« Art. 3. – Paramètres de calcul des indicateurs.

« Art. 3.1. – Le calcul de la patientèle de la structure.

« La patientèle de la structure correspond au nombre de patients (quel que soit l'âge) ayant déclaré comme « médecin traitant » un des médecins associés de la structure exerçant au sein de la structure (au 31/12 de l'année considérée).

« Art. 3.2. – La valorisation des indicateurs.

« Le montant indiqué pour chaque indicateur à l'article 2.1 correspond à un taux de réalisation de 100 % de l'indicateur.

« Pour les indicateurs dont la valorisation est fondée sur un montant fixe, l'atteinte de l'indicateur donne lieu au versement du montant défini.

« Pour les indicateurs dont la valorisation est fondée sur un montant variable, le montant indiqué à l'article 2.1 correspond à une patientèle de référence de 4 000 patients (correspondant à la patientèle moyenne des maisons de santé) et le nombre de professionnels de santé associés pour l'indicateur sur le système d'information.

« Le calcul des montants est proratisé en fonction de la patientèle de la structure définie à l'article 3.1 du présent accord selon le calcul suivant :

« **Calcul des montants pour les indicateurs variables**

« Montant × Patientèle de la structure / Patientèle de référence (4 000)

« A titre d'exemple :

« Pour l'indicateur relatif à la "fonction de coordination", une structure ayant atteint l'indicateur et ayant une patientèle de 10 000 patients bénéficiera de la rémunération suivante de cet indicateur :

« 7 000 € + 11 900 € × (8 000/4 000) + 7 700 € × (2 000/4 000) = 34 650 €

« Pour l'indicateur sur le système d'information, le montant est variable non pas en fonction de la patientèle mais du nombre de professionnels de santé par tranche de nombre de professionnels de santé exerçant au sein de la structure.

« A titre d'exemple : Pour une MSP comptant 20 PS associés, la rémunération sera la suivante :

« 3 500 € + 1 400 € × 16 PS + 1 050 € × 4 PS = 30 100 €

« Art. 3.3. – Calcul d'une majoration de précarité.

« La rémunération versée à la structure est majorée en fonction du taux de précarité de la structure. Le taux de précarité de la structure est défini en fonction du taux de patients C2S et du taux de patients bénéficiaires de l'AME parmi la file active de la structure.

« Le taux de patients C2S de la structure est égal :

« – au nombre de patients bénéficiaires de la C2S ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste associé et salarié de la structure ;

« – divisé par le nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste de la structure associé et salarié de la structure.

« Le taux de patients AME de la structure est égal :

« – au nombre de patients bénéficiaires de l'AME ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste associé et salarié de la structure ;

« – divisé par le nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste de la structure associé et salarié de la structure.

« Le taux de patients C2S et le taux de patients AME de la structure sont comparés aux taux nationaux de patients C2S et AME (actualisés tous les ans) afin de calculer la majoration de précarité de la structure selon les modalités suivantes :

« – Si la structure a une part de patients C2S supérieure à la moyenne nationale et une part de patients AME supérieure à la moyenne nationale :

« La majoration de précarité est égale à :

« (Taux de patients C2S de la structure – Taux national C2S) + (Taux de patients AME de la structure – Taux national AME)

« – si la structure a une part de patients C2S supérieure à la moyenne nationale et une part de patients AME égale ou inférieure à la moyenne nationale :

« La majoration de précarité est égale à :

« Taux de patients C2S de la structure – Taux national C2S

« – si la structure a une part de patients AME supérieure à la moyenne nationale et une part de patients C2S égale ou inférieure à la moyenne nationale :

« La majoration de précarité est égale à :

« Taux de patients AME de la structure – Taux national AME

« La majoration de précarité appliquée à la structure est plafonnée à 25 %.

« Art. 4. – Les modalités de vérification du respect des engagements.

« La structure s'engage à transmettre à l'organisme local d'assurance maladie l'ensemble des justificatifs listé à l'article 2.1 du présent contrat permettant la vérification du niveau de réalisation des différents indicateurs.

« Cette transmission doit s'effectuer au plus tard le 31 janvier de l'année suivant l'année civile servant de référence pour le suivi des engagements au travers d'un outil dématérialisé.

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

« L'agence régionale de santé s'assure de la cohérence des engagements de la structure dans le cadre du contrat avec les dispositions du projet de santé qui lui est annexé ainsi qu'à la vérification, le cas échéant, de la réalisation de missions de santé publique.

« Elle peut être amenée à proposer à la structure des modifications du projet de santé au regard du contenu des engagements remplis dans le cadre du contrat notamment ceux relatifs aux missions de santé publique définies conformément aux dispositions de l'annexe 2 de l'ACI. En cas de modification du projet de santé, un avenant au contrat est signé pour intégrer ces modifications.

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

« Le suivi du respect des engagements est proratisé en fonction de la date de signature du contrat au cours de l'année civile de référence.

« Art. 5. – Les modalités de versement.

« Art. 5.1. – Les conditions de déclenchement de la rémunération.

« Le déclenchement de la rémunération nécessite que les indicateurs socle définis à l'article 2.1 soient respectés. Il s'agit des indicateurs "Horaires d'ouverture", "Organisation des soins non programmés", "Fonction de coordination", "Réponses aux crises sanitaires graves" et "Système d'information référencé SEGUR".

« Par dérogation, pour les structures disposant d'un système d'information se voyant retirer le référencement national en vigueur, le déclenchement de la rémunération intervient dès lors que les indicateurs socles précités sont atteints à l'exception de l'indicateur "Système d'information référencé SEGUR".

« Cette dérogation s'applique durant deux années civiles : l'année civile durant laquelle la labellisation a été retirée par le logiciel et l'année civile suivante. Durant cette période, la structure conserve le bénéfice, à titre dérogatoire, des rémunérations liées à l'indicateur sur le système d'information sous réserve que celui-ci ait été atteint les années précédentes.

« La rémunération, calculée selon les modalités définies à l'article 3, est versée au plus tard le 30 avril de l'année qui suit l'année au titre de laquelle le versement est effectué en fonction de l'atteinte des engagements et ce, sous réserve que les justificatifs aient été fournis par la structure dans les délais prévus à l'article 5.

« Le versement de la rémunération ne peut intervenir que si le statut juridique de la structure permet son versement (*cf.* article 1).

« La rémunération n'est pas due lorsque les indicateurs correspondants font l'objet d'une rémunération dans le cadre d'un autre accord, contrat, convention ou règlement mobilisant un financement relevant de l'assurance maladie.

« Art. 5.2. – Versement d'une avance.

« Afin de permettre à la structure d'engager les investissements nécessaires pour la réalisation des engagements, un dispositif d'avance est mis en place.

« Une avance de 60 % est versée au titre de l'année en cours dans un délai de trois mois suivant la signature du contrat pour la première année, puis, les années suivantes, au moment du versement du solde de la rémunération au titre de l'année précédente, au plus tard le 30 avril.

« Les avances sont calculées sur la base du montant correspondant à la somme qui serait versée dans l'hypothèse d'un taux de réalisation de 100 % de l'ensemble des indicateurs socles, y compris les indicateurs optionnels protocoles pluri professionnels et concertation pluriprofessionnelle tels que définis à l'article 2.1, en prenant en compte la patientèle de la structure définie à l'article 3.1 pour les indicateurs dont la valorisation est basée sur un montant variable et le nombre de professionnels pour l'indicateur sur le système d'information.

« Le versement de l'avance est réalisé sous réserve que le statut juridique de la structure permette son versement (*cf.* article 1).

« Cette avance fait l'objet d'un remboursement à l'organisme d'assurance maladie dans les cas suivants :

« – résiliation du contrat à l'initiative de la structure ou de l'organisme local dans les conditions définies à l'article 8 : dans le cas où la structure a perçu une avance au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue, cette avance fait l'objet d'un remboursement à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation ;

« – dans les cas où l'application des modalités de calcul de la rémunération conduit à un versement inférieur au montant de l'avance, voire à une absence de rémunération, cette avance fait l'objet d'un remboursement total ou partiel à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date de notification relative au paiement de la rémunération.

« Art. 5.3. – Dispositions spécifiques aux nouvelles structures.

« Sont définies comme nouvelles structures les structures ayant déposé leur projet de santé à l'agence régionale de santé depuis moins d'un an à la date de souscription du contrat.

« Par dérogation, durant les deux premières années civiles d'adhésion de la structure au contrat (année civile durant laquelle l'adhésion au contrat est intervenue et année civile suivant l'adhésion), le déclenchement de la rémunération pour les nouvelles structures intervient dès lors que deux des indicateurs socles définis à l'article 2.1 du présent contrat sont atteints ("Horaires d'ouverture", "Organisation des soins non programmés", "Fonction de coordination", "Réponses aux crises sanitaires graves", "Système d'information référence SEGUR").

« En outre, durant cette période, ces nouvelles structures bénéficient d'une garantie de versement d'une rémunération annuelle minimale de 20 000 euros pour une année complète (sous réserve du respect des deux prérequis précités). Ce montant est proratisé en fonction de la date d'adhésion au contrat de la structure.

« Ces nouvelles structures bénéficient également sur cette même période d'une garantie de versement d'une avance, telle que prévue à l'article 5.2, d'un montant minimum de 12 000 euros pour une année complète. Ce montant est proratisé en fonction de la date d'adhésion au contrat.

« Art. 6. – Mécanisme de maintien de rémunération en cas de perte de l'avant dernier ou dernier médecin associé.

« Les structures se trouvant dans une situation de perte de l'avant-dernier ou dernier médecin associé doivent rester des situations exceptionnelles. L'assurance maladie met tout en œuvre afin de garantir l'accès aux soins et l'offre médicale sur le territoire. A cet effet, la convention médicale a introduit des mesures pour répondre aux situations de départ de médecin et éviter ces cas exceptionnels, telles qu'une alerte de l'organisme local d'assurance maladie par la structure en cas de risque de perte de l'avant-dernier ou dernier médecin associé.

« En outre, conformément à l'article L. 4041-4 du code de la santé publique, une société interprofessionnelle de soins ambulatoires doit compter parmi ses associés au moins deux médecins et un auxiliaire médical.

« Afin de soutenir les maisons de santé pluriprofessionnelles constituées en SISA qui perdent en année N leur avant dernier médecin et/ou leur dernier médecin associé (et/ou salarié), quelle que soit la spécialité du médecin, et pour leur permettre de rester une équipe dynamique et attractive durant leur recherche de nouvel associé médecin, il est mis en place un mécanisme de soutien financier si les indicateurs "horaires d'ouverture" et "organisation des soins non programmés" étaient validés l'année précédant le départ du/des médecins (N – 1). Si la MSP remplit ces deux conditions, alors l'année de départ de l'avant dernier et/ou du dernier médecin associé (et/ou salarié) de la MSP (année N), les données de la file active et de la patientèle médecin traitant de l'année N – 1 sont maintenues pour le calcul de la rémunération forfaitaire conventionnelle, à condition que ces variables soient plus avantageuses que celles de l'année N.

« L'année suivante, en N + 1, si la MSP ne compte toujours qu'un seul médecin ou a perdu son dernier médecin, les données de la file active et de la patientèle médecin traitant de l'année N2 sont encore maintenues dans le calcul de la rémunération forfaitaire conventionnelle, à condition que ces variables soient plus avantageuses que celles de l'année N + 1.

« En année N + 2, si la MSP ne compte toujours qu'un seul médecin ou plus de médecin du tout, alors la rémunération forfaitaire conventionnelle n'est plus maintenue et cette configuration de la SISA sera un motif de résiliation du contrat ACI (*cf.* article 9.2).

« Art. 7. – La durée du contrat et la conclusion d'avenants.

« La durée du contrat est de cinq ans, renouvelable par tacite reconduction.

« Un avenant au contrat peut être conclu en cas de modification du projet de santé de la structure intervenu notamment après vérification par l'agence régionale de santé de la cohérence des engagements de la structure dans le cadre du contrat avec les dispositions du projet de santé qui lui est annexé.

« Art. 8. – Les modalités de résiliation du contrat.

« Art. 8.1. – La résiliation à l'initiative de la structure.

« La structure signataire du présent contrat a la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'assurance maladie et à l'agence régionale de santé signataires dudit contrat.

« Cette résiliation est effective deux mois après réception de la lettre de résiliation.

« Art. 8.2. – La résiliation par la caisse d'assurance maladie et l'agence régionale de santé.

« Le contrat peut également faire l'objet d'une résiliation à l'initiative de l'organisme local d'assurance maladie ou de l'agence régionale de santé dans les cas suivants :

« – si la structure ne satisfait pas à ses obligations de transmission des justificatifs, définies à l'article 2.1 du présent contrat permettant la vérification du niveau de réalisation des différents engagements et le calcul de la rémunération et ce, sur deux années consécutives ;

« – si la structure ne remplit plus les conditions d'éligibilité au contrat tels que décrites à l'article 1 ;

« – si la structure n'atteint plus les indicateurs socles définis à l'article 2.1 pendant deux années consécutives.

« Cette résiliation est effective deux mois après réception de la lettre de résiliation notifiée par l'organisme local de l'assurance maladie.

« Dans ce délai, la structure a la possibilité de saisir la commission paritaire régionale des structures pluri-professionnelles de son ressort géographique selon la procédure définie à l'article 11 de l'accord conventionnel interprofessionnel.

« Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

« Art. 8.3. – Les conséquences de la résiliation.

« En cas de résiliation du contrat, quelle que soit l'origine de celle-ci, le montant de l'avance N + 1 ne sera pas versé et le calcul du solde de l'année N interviendra dans les trois mois suivants la date de résiliation à partir des données connues en année N – 1 au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

« Dans le cas où la rémunération calculée selon les modalités ci-dessus venait à être inférieure à l'avance versée à la structure dans les conditions définies à l'article 5.2 du présent contrat au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue, quelle que soit l'origine de celle-ci, la structure est tenue de procéder au remboursement de la différence à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation.

« Fait à XXXX en XXXX [nombre de signataires] exemplaires le XXXX,

« Pour le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie / caisse générale de sécurité sociale de XXXX

« Pour le directeur de l'agence régionale de santé de XXXXX

« Pour la structure pluri-professionnelle : raison sociale (numéro FINESS de la société constituée) représentée par XXXXX agissant en qualité de représentant de la structure » ;

2° Les dispositions de l'annexe 2 intitulée « Missions de santé publique » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« ANNEXE 2

« MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

« Des missions de santé publique définies dans la liste figurant dans la présente annexe ou s'inscrivant en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS) peuvent permettre aux structures de bénéficier d'une valorisation complémentaire dans les conditions définies à l'article 3.1 du présent accord.

« – **Actions en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale**

« Des inégalités de couverture vaccinale sont régulièrement constatées selon les tranches d'âge de la population, les vaccins considérés et/ou les territoires (1). L'insuffisance de couverture vaccinale s'accentue avec l'âge et reste plus marquée pour certains vaccins (2).

« – **Surpoids et obésité chez l'enfant**

« Chez l'enfant et l'adolescent, la prévalence du surpoids augmente depuis les années 1980 et les dernières données, de 2015, estiment à 17 % les enfants de 6 à 17 ans en surpoids dont 3,9 % en situation d'obésité (3). Parmi les enfants en surcharge pondérale ou obèses à l'âge de 6 ans, près d'un enfant sur deux le reste en troisième (4). **Les populations défavorisées sont davantage touchées par l'obésité**. On parle ainsi de gradient social de l'obésité : la prévalence de l'obésité est d'autant plus élevée que le statut socio-économique des personnes est faible. **Lorsqu'ils grandissent, deux fois plus d'enfants d'ouvriers que d'enfants de cadres se retrouvent en surpoids en grande section maternelle**. En 2017, 18 % des enfants en classe de troisième étaient en surpoids et **5 % obèses dont 3 % chez les enfants de cadre et 8 % chez les enfants d'ouvriers (5).**

« Les études épidémiologiques s'accordent pour conclure que l'obésité dans l'enfance est associée à une augmentation du risque de mortalité prématurée à l'âge adulte (5), en raison notamment de l'accroissement de la mortalité d'origine cardiovasculaire.

« Il existe une grande disparité en fonction du niveau socio-économique ou de la zone géographique, les prévalences du surpoids et de l'obésité étant supérieures dans les populations défavorisées.

« – **Conduites addictives chez les jeunes de 12 à 25 ans**

« Les conduites addictives liées aux substances psychoactives demeurent un problème majeur de société et de santé publique, en raison principalement des dommages sanitaires et sociaux qu'elles induisent et de leur coût pour les finances publiques.

« Les conduites addictives liées aux substances psychoactives sont les premières causes de mortalité évitable en France : la consommation de tabac est responsable de 75 000 décès par an (dont 45 000 décès par cancer) et l'alcool de 41 000 décès par an (dont 15 000 par cancer). Les niveaux de consommations de ces substances restent parmi les plus élevés recensés dans les pays occidentaux et dans le monde pour certaines tranches d'âge.

« Ainsi, en 2023, en France hexagonale, plus de trois personnes de 18-75 ans sur dix déclaraient fumer (31,1 %). Moins d'un quart des 18-75 ans déclaraient fumer quotidiennement (23,1 % contre 25.3 % en 2021), avec un niveau plus élevé parmi les hommes (25,4 %) que parmi les femmes (20,9 %). Les inégalités sociales en matière de tabagisme restent très marquées, avec 12 points d'écart de prévalence du tabagisme quotidien entre les plus bas et les plus hauts revenus (28,9 % versus 17,3 %), écart observé également selon le niveau de diplôme ou selon la situation professionnelle.

« Le nombre de consommateurs quotidiens d'alcool est estimé à environ 3,6 millions (8 % des adultes de 18 à 75 ans), tandis que les usagers quotidiens de cannabis sont estimés à 900 000. Concernant la cocaïne, le nombre de consommateurs ayant expérimenté ce produit a été multiplié par quatre ces 20 dernières années : 1,4% des jeunes de 17 ans et 9,4 % des adultes avaient déjà expérimenté la cocaïne en 2023.

« – **Souffrance psychique chez les adolescents et les jeunes de 12 à 25 ans**

« La dépression clinique de l'adolescent touche 2 à 8 % de la population de cette tranche d'âge. L'évaluation de la dépression chez les adolescents peut être rendue difficile par ses différents modes d'expression (6) ; une souffrance psychique mal repérée, mal accompagnée peut faire basculer l'individu dans une maladie somatique ou multiplier les difficultés et entraver son inclusion sociale.

« – **Prévention du suicide**

« Avec 16,2 suicides pour 100 000 habitants, la France se situe dans le groupe des pays européens à taux élevés de suicide.

« La baisse de mortalité par suicide observée ces dix dernières années a été plus importante pour les plus âgés et pour les plus jeunes mais le taux de décès par suicide a augmenté pour les hommes de 45-54 ans. D'importantes disparités régionales ont été constatées, les régions de l'Ouest et du Nord étant très nettement au-dessus de la moyenne nationale. La prévalence des idées suicidaires a considérablement augmenté chez les 18-24 ans entre 2010 et 2021, en particuliers chez les femmes.

« – **Prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie) pour les régions non incluses dans les expérimentations PAERPA.**

« Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie (niveau de preuve élevé), de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans ou plus (7), dans un délai de 1 à 3 ans. L'intervention des acteurs des soins primaires (8, 10) peut réduire le risque d'hospitalisation des sujets âgés fragiles. L'obtention d'un bénéfice sur les risques de dépendance, de déclin fonctionnel et d'institutionnalisation est possible.

« – **Prévention périnatale et suivi des femmes en situation de précarité**

« Les inégalités socio-économiques se traduisent par des inégalités de santé observées dès la naissance, avec des taux régionaux de mortalité périnatale et infantile supérieurs à la moyenne nationale dans certaines régions ou territoires infrarégionaux. Les conditions de vie des femmes jouent un rôle important dans la prématurité, principale cause de décès chez les nouveau-nés et responsable de séquelles neurologiques sévères. En France et dans de nombreux pays développés, le taux de naissances prématurées est en hausse ces dernières années. La prématurité est passée de 5,9 % des naissances en 1995 à 7,4 % en 2010. Entre 50 000 et 60 000 enfants naissent prématurément chaque année. Parmi eux, 85 % sont des prématurés moyens (32-37 SA), 10 % sont des grands prématurés (28-32 SA) et 5 % sont des très grands prématurés, nés à moins de 28 SA (9).

« Au-delà de la prévention périnatale, le suivi des femmes en âge de procréer en situation de précarité constitue un enjeu majeur de santé publique qui peut se traduire par la mise en place d'actions de prévention des grossesses non désirées, des infections sexuellement transmissibles et des pathologies de la grossesse (prématurité, diabète gestationnel…), et par un soutien à la parentalité.

« Si le phénomène des maternités précoces reste limité en France (10), le risque de précarité associé à ce phénomène justifie néanmoins une attention particulière en termes de prévention et d'accompagnement social des jeunes mères présentant des critères de vulnérabilité psychosociale (moins de 26 ans, grossesses non désirées, primipares, niveau d'éducation inférieur au baccalauréat, isolement affectif et faiblesse des revenus).

« – **Education thérapeutique (ETP) et éducation à la santé**

« L'éducation thérapeutique, réalisée dans un cadre pluri-professionnel, aide les personnes atteintes de maladie chronique à comprendre la maladie et le traitement et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie. Les besoins sont importants (11); l'éducation thérapeutique doit s'exercer au plus près des lieux de vie et de soins des patients. La participation de l'assurance maladie aux programmes d'ETP inscrits dans le PRS des ARS portera prioritairement sur les pathologies pour lesquelles la HAS a conclu à une efficacité de l'ETP : diabète type 1 et 2, asthme et BPCO, insuffisance cardiaque et/ ou HTA.

« – **Dépistages organisés des cancers**

« Un meilleur dépistage des cancers est un objectif prioritaire de santé publique, la contribution des CDS est essentielle : promotion de la participation aux campagnes nationales, information des assurés, etc.

« – **Prévention des affections bucco-dentaires**

« La santé bucco-dentaire a un impact important sur la santé en général. Tout commence dès la maternité et chez le jeune enfant. Une prise en charge précoce et adaptée par un chirurgien-dentiste peut prévenir de complications majeures.

« Afin de réduire la prévalence encore élevée des affections bucco-dentaires chez les jeunes (12), et favoriser l'émergence de nouvelles « générations sans carie », il est ainsi nécessaire de sensibiliser dès le plus jeune âge les enfants et leurs familles aux "bons gestes" en matière de santé bucco-dentaire. Ceux-ci s'acquièrent notamment grâce au renforcement des examens de prévention bucco-dentaire, qui sont annuels depuis le 1er avril 2025, de 3 à 24 ans inclus (dispositif M'T dents tous les ans !). Des actions d'aller vers doivent être également menées pour renforcer la prévention et le dépistage bucco-dentaire des populations à risque.

« L'examen bucco-dentaire auprès de la femme enceinte est également un enjeu de santé publique. La grossesse, période de bouleversements physiologiques et hormonaux, entraîne des répercussions directes sur la santé bucco-dentaire (13). L'examen bucco-dentaire est proposé dès le 4e mois de maternité et jusqu'à 6 mois après l'accouchement.

« – **La prévention des risques en santé sexuelle**

« La prévention des risques liés à la santé sexuelle en France demeure un enjeu majeur de santé publique, illustré par des chiffres préoccupants. En 2023, environ 55 500 cas de chlamydia ont été diagnostiqués, avec un taux particulièrement élevé chez les jeunes femmes de 15 à 25 ans (271 pour 100 000 habitants) (14). La gonococcie, autre infection sexuellement transmissible, a touché près de 23 000 personnes, avec une hausse notable de 59 % chez les hommes et 46 % chez les femmes depuis 2014 (15). Concernant le VIH, environ 5 500 nouvelles

découvertes de séropositivité ont été enregistrées en 2023, un chiffre stable mais toujours préoccupant (16). Par ailleurs, l'utilisation du préservatif reste insuffisante : seulement 49,4 % des femmes et 52,6 % des hommes déclarent en avoir recours lors d'un rapport avec un partenaire récent (17). Cette situation souligne l'importance de renforcer les actions de prévention, notamment à travers l'éducation sexuelle, le dépistage régulier et l'accès aux moyens de protection, afin de lutter efficacement contre la propagation des IST et du VIH. »

3° Les dispositions de l'annexe 4 intitulée « Charte d'engagement de la maison de santé XX » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« ANNEXE 4

« CHARTE D'ENGAGEMENT DE LA MAISON DE SANTÉ XX

« La maison de santé .....

« regroupe des professionnels de santé des professions suivantes : .....

« Cet exercice regroupé nous permet de vous apporter une qualité de service répondant à vos besoins de santé.

« Notre engagement s'articule autour de 3 axes.

« Vous offrir un accès aux soins pendant une large plage horaire

« Les professionnels de santé de notre maison s'organisent pour vous garantir un accueil couvrant de larges amplitudes horaires.

« Nous vous accueillons de :

« – X heures à XX heures du lundi au vendredi

« – le samedi matin de X heures à XX heures

« et notre secrétariat est joignable selon les modalités suivantes .....

« En dehors de ces horaires d'ouverture, la maison ..... est joignable au numéro suivant .....

« Des informations vous sont communiquées pour vous orienter immédiatement vers les solutions les plus adaptées au regard de votre état de santé.

« Vous permettre d'être reçu sans rendez-vous en cas de nécessité

« Nous sommes organisés pour répondre rapidement à vos demandes de soins et pouvoir, si votre état de santé le nécessite, vous recevoir dans les 48 heures.

« Vous accueillir et vous accompagner dans votre prise en charge

« L'organisation en maison de santé nous permet de vous assurer un accueil par du personnel dédié tous les jours de ..... à .....

« Cet accueil organisé permet, au-delà de la prise de rendez-vous auprès des professionnels intervenant dans la structure, de :

« – coordonner les informations vous concernant entre les différents professionnels de la maison amenés à assurer votre suivi médical ;

« – vous orienter vers les professionnels de santé ou services internes ou extérieurs à la maison dont vous avez besoin ;

« – organiser les échanges nécessaires avec les établissements de santé ou établissements et services médico-sociaux lorsque votre état de santé le nécessite et notamment avant et

« après toute hospitalisation. »

4° Une nouvelle annexe intitulée « Contrat type relatif à l'engagement de la structure dans le dispositif d'incitation à la prise en charge partagée (IPEP) » est créée et rédigée comme suit :

« ANNEXE 7

« CONTRAT TYPE RELATIF A L'ENGAGEMENT DE LA STRUCTURE DANS LE DISPOSITIF D'INCITATION A LA PRISE EN CHARGE PARTAGEE (IPEP)

« Vu le code de la sécurité sociale et notamment son article L. 162-14-1 (II) ;

« Vu le code de la santé publique et notamment son article L. 6323-3 ;

« Vu l'arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles et ses avenants et notamment l'article 8.8.

« Il est conclu entre

« d'une part,

« Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale de :

« Et d'autre part,

« La structure pluriprofessionnelle :

– raison sociale :

– numéro FINESS :

– type de structure *maison santé mono-site / maison de santé multi-sites*

– adresse :

« représentée par agissant en qualité de représentant de la structure

« un contrat relatif à l'engagement de la structure dans le dispositif d'incitation à une prise en charge partagée (IPEP).

« Art. 1er. – Objet du contrat.

« Ce contrat a pour objectif d'intégrer la maison de santé pluriprofessionnelle volontaire au dispositif IPEP et de définir les modalités de financement et de versement de l'intéressement collectif, fondé sur l'atteinte de la performance mesurée à partir d'indicateurs de qualité et d'efficience de la dépense.

« Ce mode de financement est destiné à encourager la mise en place ou le renforcement d'actions et d'organisations au service d'une patientèle commune. Il vise à améliorer :

« 1. La qualité du service rendu aux patients, notamment en facilitant l'accès aux soins, en renforçant le lien ville-hôpital et en développant les actions de prévention ;

« 2. L'efficience des dépenses de santé, grâce à une meilleure utilisation des ressources disponibles.

« Si la structure atteint un certain nombre d'objectifs en matière de qualité des soins et d'efficience des dépenses, elle reçoit un intéressement collectif, calculé annuellement sur la base de ses résultats en années N – 2 N – 3 et N – 4.

« Ce mode de financement incitatif est complémentaire aux autres modes de rémunération de droit commun. L'intéressement collectif est versé à la structure, qui décide librement de l'utilisation qui en est faite.

« Art. 2. – Les structures éligibles au contrat.

Le présent contrat est réservé aux maisons de santé telles que définies à l'article L. 6323-3 du code de la santé publique et remplissant les conditions cumulatives suivantes :

– être adhérentes au contrat relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles depuis au moins 4 ans ;
– avoir formalisé un projet dédié au dispositif IPEP, détaillant les actions collectives que la structure envisage de mettre en œuvre afin d'agir sur les indicateurs du modèle ; ;
– avoir une patientèle minimale de 5 000 patients médecins traitants (ce critère ne s'applique pas aux structures déjà engagée dans le dispositif expérimental) ;
– avoir atteint les indicateurs socles tels que définie à l'article 3.1 de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles ;
– avoir un taux minimum de file active d'équipe parmi les patients ALD, tel que décrit à l'article 8.3.1 (le taux sera définie en CPN).

« Art. 3. – Engagements.

« Art. 3.1. – Engagements de la structure.

« L'objectif du contrat IPEP est d'améliorer le service rendu aux patients par une meilleure qualité des soins et l'efficience des dépenses de santé par une meilleure utilisation des ressources disponibles. Pour atteindre les objectifs du modèle IPEP, la structure est libre de définir les actions qu'elle souhaite mener, sous réserve qu'elles visent à améliorer :

« – l'accès aux soins sur le territoire ;
« – la coordination des prises en charge, notamment ville-hôpital et la qualité de la prise en charge des pathologies chroniques, afin d'éviter les ruptures de parcours de soins et de réduire les hospitalisations évitables ;
« – la pertinence des prescriptions médicamenteuses ;
« – la prévention et la promotion de la santé.

« La structure s'engage ainsi :

« – à mettre à jour son projet IPEP relatif à la mise en place d'actions collectives tous les 3 ans et à le transmettre à l'organisme local d'assurance maladie (modèle en annexe du guide méthodologique IPEP) ;
« – à dresser tous les ans, en troisième trimestre de l'année N + 1, un état récapitulatif informant de l'utilisation de son intéressement collectif IPEP, relatif au montant perçu en fin d'année N (modèle en annexe du guide méthodologique IPEP)

« Art. 3.2. – Engagements de l'assurance maladie.

« En contrepartie du respect des engagements au contrat, l'assurance maladie s'engage à verser à la structure un intéressement qui sera calculé annuellement en fonction des résultats de la structure sur l'atteinte d'objectifs en matière de qualité des prises en charge et d'efficience des dépenses d'assurance maladie.

« L'intéressement est versé annuellement, au dernier trimestre de l'année N, sur la base des résultats des années N – 2, N – 3 et N – 4.

« Art. 4. – Les composantes du modèle de financement et modalités de calcul.

« Le modèle de financement IPEP est fondé sur :

« – une composante "qualité" qui mesure l'atteinte d'objectifs en termes de qualité de prise en charge des patients et de performance des organisations ;

« – une composante "maîtrise des dépenses" qui mesure l'efficience de la structure en termes de dépenses de soins.

« Art. 4.1. – La composante "qualité".

« La composante qualité du modèle IPEP intègre des indicateurs de qualité et de performance, relatifs au maintien et à l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients de la structure.

« La liste des indicateurs qualité, la méthode de calcul du score ainsi que la méthode de valorisation de la composante qualité du modèle sont explicitement précisées dans le guide méthodologique IPEP.

« Art. 4.2. – La composante "efficience des dépenses".

« La composante efficience des dépenses du modèle IPEP vise à mesurer l'impact des actions mises en place par la structure sur la dépense d'Assurance maladie de sa patientèle et de rétribuer à la structure, une partie des résultats financiers de ces actions.

« Pour le calcul des gains liés à l'efficience des dépenses, deux comparaisons sont réalisées :

« – l'écart entre la dépense réelle de la structure et la dépense nationale ajustée l'année N2 ;

« – la différence d'évolution entre les dépenses réelles de la structure et les dépenses nationales ajustées entre N-4 N-3 et N-2.

« Les gains d'efficience générés en année N par la structure sont estimés à partir de ces deux montants selon la méthodologie explicitement précisée dans le guide méthodologique IPEP. Ces calculs sont réalisés sur la base des données issues du SNDS, liées aux dépenses d'assurance maladie de la patientèle médecin traitant de la structure.

« Art. 4.3. – Modalités de calcul de l'intéressement.

« Le montant de l'intéressement correspond au montant obtenu par la structure sur la composante « efficience des dépenses », modulé par le score qualité global, dans une fourchette comprise entre – 20 % et +20 %, en fonction de la valeur du score obtenu. Ce montant d'intéressement fondé en premier lieu sur la maitrise des dépenses est complété par une rémunération propre de la qualité non liée aux gains d'efficience.

« Le montant d'intéressement est versé dans la limite du plafond défini pour chaque structure. :

« – le montant de l'intéressement par patient est plafonné à 15 € (cf. guide méthodologique IPEP) ;

« – le montant de l'intéressement annuel de la structure est par ailleurs plafonné au montant annuel perçu par la structure dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles.

« Le montant de l'intéressement, calculé annuellement, sera ajusté proportionnellement à la durée effective de la participation de la structure au dispositif en cas d'entrée tardive dans le dispositif, ou de sortie du dispositif en cours d'année.

« Art. 5. – La durée du contrat.

« Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans à compter de la date de signature du présent contrat, renouvelable sur accord exprès des parties signataires.

« Art. 6. – Suivi contractuel et évolution du contrat.

« Un point d'échange annuel est organisé entre la structure signataire du contrat et l'organisme local d'assurance maladie.

« La structure signataire s'engage à participer à cet échange annuel, pour informer la caisse, des actions mises en œuvre par la structure dans le cadre du dispositif IPEP, des projets envisagés, des éventuelles difficultés rencontrées, et notamment la difficulté d'atteinte des objectifs fixés.

« Art. 7. – Les modalités de résiliation du contrat.

« Art. 7.1. – La résiliation à l'initiative de la structure.

« La structure signataire du présent contrat peut à tout moment choisir de ne plus adhérer au contrat. Elle doit en informer l'organisme local d'assurance maladie a minima deux mois avant la date anniversaire du contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

« Cette rupture prendra effet à la date d'anniversaire du contrat.

« En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indument versées, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir du contrat au moment de la résiliation demandée par la structure.

« Art. 7.2. – La résiliation par la caisse d'assurance maladie.

« En cas de constat du non-respect manifeste par la structure de tout ou partie de ses engagements, ou si elle ne satisfait plus les conditions d'éligibilité deux années de suite en cours de contrat, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception des non-respects et de son intention de résilier le contrat.

« La structure dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

« Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

« A l'issue de ce délai, la caisse notifie à la structure la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception et procède à la récupération des sommes indûment versées au titre du contrat, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation du contrat.

« Fait à XXXX en XXXX [nombre de signataires] exemplaires le XXXX,

« Pour le directeur de la caisse d'assurance maladie / caisse générale de sécurité sociale de XXXX

« Pour la structure pluri-professionnelle : raison sociale (numéro FINESS de la société constituée)

« représentée par XXXXX agissant en qualité de représentant de la structure. »

Article 8

Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur le lendemain de la publication de son arrêté d'approbation au *Journal officiel* de la République française, à l'exception des dispositions de son article 3 et du 1° de son article 7, qui entrent en vigueur au 1er janvier 2027.

Les structures d'ores et déjà signataire d'un contrat ACI à la date d'entrée en vigueur du présent avenant sont réputées adhérer au contrat-type prévu à l'annexe 1 telle que modifié par l'article 7 du présent avenant. Elles peuvent toutefois faire connaître à leur caisse de rattachement, dans un délai de deux mois à compter de la date d'entrée en vigueur du présent avenant, leur refus de se voir appliquer les dispositions du présent avenant, par tout moyen permettant de conférer date certaine à ce refus, qui emporte la résiliation du contrat à compter de la date de sa réception par la caisse de rattachement.

Fait à Paris, le 5 juin 2026.

Pour l'Union nationale des caisses d'assurance maladie
Le Directeur Général,
Thomas FATÔME
Le Président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français
Franck DEVULDER
La Présidente des Syndicats des Médecins Libéraux
Sophie BAUER
Le Président de la Confédération des Centres de Santé
Jean-Louis LEVEQUE
La Présidente de l'Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles
Marie-Reine TILLON
Le Syndicat national des Orthésistes Français
Jacques FECHEROLLE
Le Président du Syndicat National des Médecins Biologistes
Jean Claude AZOULAY
La Présidente de l'Union Nationale des Associations d'Aide à Domicile en Milieu Rural
Marie-Josée DAGUIN
La Présidente de la Fédération Nationale des Centres de Santé
Hélène COLOMBANI
Le Directeur Général de la Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines
Gilles de LACAUSSADE
La Présidente de la Fédération des Mutuelles de France
Carole HAZE
Le Président d'Adedom
Patrick MALPHETTES
Le Président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française
Eric CHENUT
La Présidente de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
Marie-Sophie DESAULLE

La Présidente de l'Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles
Marie-Reine TILLON
Le Président de la Confédération des Centres de Santé
Jean-Louis LEVEQUE
Le Président de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire
Eric CHENUT
Le Président du Syndicat des Audioprothésistes
Stéphane GALLEGO
Le Président de l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine
Pierre-Olivier VARIOT
La Présidente de l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes
Prisca WETZEL-DAVID
La Présidente de l'Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes
Caroline COMBOT
La Présidente de la Fédération Nationale des Orthophonistes
Sarah DEGIOVANI
La Présidente de la Fédération Française des Podo-Orthésistes
Léonie BONNEFOY
La Présidente du Syndicat National Autonome des Orthoptistes
Mélanie ORDINES
Le Président du Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux
John PINTE
Le Président de la Fédération Nationale des Podologues
David BOUDET
Le Président de la Fédération Nationale des Infirmiers
Daniel GUILLERM
Le Président de la Chambre Nationale des Services d'Ambulances
Dominique HUNAULT
Le Président de la Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs
Sébastien GUERARD
Les Co Présidents de la Fédération Nationale de la Mobilité Sanitaire
Olivier ASSIER Maurice WOLFF
Le Président d'Alizé
François RANDAZZO
Le Président de la Fédération Nationale des Ambulanciers Privés
Bruno BASSET
Le Président du Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs
Guillaume RALL
Le Président d'Adedom
Patrick MALPHETTES
La Présidente de la Fédération Nationale des Artisans Ambulanciers
Thérèse DA SILVA PEDRO
Le Président de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France
Philippe BESSET
La Présidente de la Fédération Nationale des Centres de Santé
Hélène COLOMBANI
Le Directeur Général de la Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines
Gilles de LACAUSSADE
La Présidente de la Fédération des Mutuelles de France
Carole HAZE
Le Président du Syndicat des Biologistes Médicaux
Lionel BARRAND
Le Président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française
Eric CHENUT
La Présidente de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
Marie-Sophie DESAULLE
La Présidente de l'Union Nationale des Associations d'Aide à Domicile en Milieu Rural

Marie-Josée DAGUIN
Le Président du Syndicat des Biologistes
François BLANCHECOTTE
Le Président de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire
Eric CHENUT

---

(1) Source INVS : http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/-Couverturevaccinale

(2) Hépatite B, méningocoque C, HPV des jeunes filles, absence de rattrapage pour la vaccination ROR.

(3) Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. Bull Epidémiol Hebd. 2017 ; (13) : 234-41.

(4) De Peretti et Castetbon, 2004. Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième.

(5) DRESS 2022 : L'état de santé de la population en France > Les dossiers de la DREES n° 102.

(5) Excès de mortalité estimé entre 50 % et 80 % selon les études.

(6) Troubles du comportement, conduites toxicomaniaques ou délictueuses, passages à l'acte ; agressivité…

(7) HAS « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? » juin 2013.

(8) Repérage réalisé par le médecin traitant ou par un autre soignant de premier recours : infirmier, pharmacien, masseur-kinésithérapeute, aide-soignant…

(9) *Cf.* INSERM Prématurité http://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/laprematurite-un-monde-a-explorer

(10) *Cf.* étude de l'INED publiée en juin 2012 : 11 naissances par an pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans.

(11) Environ 15 millions de personnes actuellement.

(12) Chez les adolescents de 15 ans : 63 % n'ont pas de carie en 2016 contre 49 % en en 2007 et 67 % des enfants de 9 ans ne présentent pas de caries en 2016 contre 59 % en 2007 (*).

(13) L'augmentation des niveaux d'œstrogènes et de progestérone, favorise l'inflammation gingivale et augmente le risque de gingivite gravidique, qui touche environ 50 à 70 % des femmes enceintes. Si elle n'est pas traitée, cette pathologie peut évoluer vers une parodontite, condition associée à des complications obstétricales telles que les accouchements prématurés et les enfants à faible poids de naissance. De plus, les nausées et vomissements, fréquents au cours du premier trimestre de grossesse, augmentent l'exposition des dents aux acides gastriques. Ces derniers favorisent l'érosion dentaire. Les habitudes alimentaires modifiées (grignotage, envies de sucre) et une hygiène bucco-dentaire moins assidue aggravent ce risque.

(14) Bulletin. Surveillance du VIH et des IST bactériennes en France en 2023. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 35 p., 11 octobre 2024.

(15) Bulletin. Surveillance du VIH et des IST bactériennes en France en 2023. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 35 p., 11 octobre 2024.

(16) Santé publique France - Bulletin de santé publique - Novembre 2023.

(17) Contexte des sexualités en France, Premiers résultats de l'enquête CSF-2023 Inserm-ANRS-MIE, 2024.