

COMMISSION SECTORIELLE

Centres de santé

3 Juillet 2026



PROGRAMME

- **Actualités et présentation du nouveau directeur Adjoint de l'URIOPSS HDF : Quentin de Parmentier Lallement**
- **Retour sur les points de questionnement soulevés lors de la dernière commission :**
 - Demande d'explicitation et interpellation si nécessaire sur le décompte des ETP des CSI auprès de l'ATIH et de la CPAM.
 - Demande d'information auprès de l'ARS HDF pour la définition des zones déficitaires en soins pour les CSI.
 - Interpellation au national sur la potentielle problématique de la non avance de 2026 (accord national)
- **Présentation de l'état d'avancement des négociations sur les avenants de l'accord national 2025 et ses impacts :**
 - Articulation contrat d'Initiative Territoriale d'Amélioration de l'Offre de Soins » (ITAOS) et articulation avec le Label France santé
 - Forfait Santé Publique
 - Ajustements sur le calcul de la majoration précarité
 - Suite des négociations : Intégration dans le droit commun de l'expérimentation d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville (PEPS) et point sur les Fraudes
- **Actions pour le financement avenant 43 pour 2026** (en attente des nouvelles rémunérations qu'on ne connaîtra qu'en 2027 et 2028)

Actualités et présentation du nouveau directeur Adjoint de l'URIOPSS HDF : Quentin de Parmentier Lallement

- **Retour sur les points de questionnement soulevés lors de la dernière commission :**
 - Demande d'explicitation et interpellation si nécessaire sur le décompte des ETP des CSI auprès de l'ATIH et de la CPAM.
 - Demande d'information auprès de l'ARS HDF pour la définition des zones déficitaires en soins pour les CSI.
 - Interpellation au national sur la potentielle problématique de la non avance de 2026 (accord national)

Les retours sur nos questionnements

- **Problème de décompte des ETP auprès de l'ATIH**

Réponse : Une mise à jour de la plateforme est prévue pour fin juin 2026 et négociation avec le RNOGCS, mais pas de nouvelles du GT sur l'ATIH

- **Demande d'information auprès de l'ARS HDF pour la définition des zones déficitaires en soins pour les CSI.**

Réponse: pas de réponse de l'ARS HDF, qui renvoie les éléments de zonage de l'accord national à la CPAM (instruction en attente).

- **Interpellation au national sur la potentielle problématique de la non avance de 2026 (accord national).**

Réponse : les CSI ne sont pas concernés par cette disposition dans la mesure où leur activité s'inscrit dans le champ du premier recours infirmier

Présentation de l'état d'avancement des négociations sur les avenants de l'accord national 2025 et ses impacts :

- Création du contrat d'Initiative Territoriale d'Amélioration de l'Offre de Soins » (ITAOS) et articulation avec le Label France santé
- Forfait Santé Publique
- Ajustements sur le calcul de la majoration précarité
- Suite des négociations : ITAOS, Intégration dans le droit commun de l'expérimentation d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville (PEPS), point sur les Fraudes

Accord national centres de santé 2025 et ses avenants

Contexte

L'accord arrivait à échéance le 30 septembre 2025. L'Accord national qui lie les représentants des centres de santé à l'Assurance maladie a été dénoncé par la Fédération nationale des centres de santé (FNCS) début avril. Cette opposition à sa reconduction a entraîné l'ouverture de négociations,

Nécessité de réviser le modèle économique des Centres de santé

Le dernier [rapport de l'Inspection générale des affaires sociales \(IGAS\)](#), publié en février 2025, portant sur l'évaluation du modèle économique des centres de santé pluriprofessionnels pointe les difficultés tout en relevant la présence et le rôle essentiels des centres de santé dans des zones sous-dotées et /ou accueillant des publics vulnérables:

- sous-valorisation systémique des centres de santé par rapport aux professionnels de santé libéraux.
- fragilité du modèle économique
- déficit structurel des centres, qu'ils ne peuvent pas combler en l'état des financements insuffisants qui leur sont alloués pour des missions pour beaucoup obligatoires.

[Le rapport IGAS 2023](#) sur la situation économique des CSI fait état des mêmes difficultés.

Accord national centres de santé 2025

Contexte

Le nouvel accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie a été signé le 28 août 2025. **Il est applicable depuis le 1^{er} octobre 2025.**

Cet accord de 2025 pose un nouveau cadre conventionnel pour les CSI, avec notamment une revalorisation de la rémunération des centres de santé, la meilleure prise en charge des publics vulnérables, la création d'un indicateur pour valoriser le travail en équipe... **mais n'était pas suffisant pour concevoir un modèle économique pérenne et a donné lieu à des nouvelles négociations :**

- **Avenant 1 signé le 5 juin 2026 :**

- pour poser le rôle des centres de santé au sein du réseau France santé (suite à l'article 63 de la LFSS) et notamment les engagements en matière d'amélioration de l'accès aux soins : accès à un médecin traitant pour les patients n'en disposant pas, l'augmentation de la file active ou l'accès aux soins non programmés et des financements en contrepartie de ces engagements.
- Apporter des éléments correctifs de rédaction portant sur l'indicateur Accompagnement des Publics vulnérables et la majoration pour publics précaires.

- **Avenant 2 prévue au 2nd semestre de l'année 2026 (au plus tard au 31 décembre 2026) :**

- indicateur territorial pour l'amélioration de l'offre de soins (Itaos)
- les nouveaux modes de rémunération tel que Peps ou autres articles 51

Rappel du cadre général de rémunération

Dans l'accord 2025, des engagements socles et des engagements optionnels sont distingués :

- **les engagements socles doivent obligatoirement être remplis pour ouvrir droit au versement.**
- **les engagements optionnels sont facultatifs**, indépendants les uns des autres et ouvrent droit à des **valorisations supplémentaires** lorsqu'ils sont remplis.

Ils s'articulent autour de 4 axes communs aux différents types de centre de santé :

1. - **Favoriser l'accès aux soins,**
2. - **Renforcer la prévention**
3. - **Renforcer le travail en équipe et la coordination des professionnels de santé,**
4. - **Améliorer les échanges entre professionnels de santé, afin d'améliorer les parcours de santé des patients et la pertinence des soins, grâce à l'utilisation d'un système d'information.**

L'arrivée du Label France Santé est venue « chambouler » cette organisation avec une nécessité d'harmonisation

Enjeu avenant 1 : articulation entre ITAOS et le dispositif France Santé, et le forfait santé publique pour les centres de santé

ARTICULATION INDICATEURS ACCORD NATIONAL CDS ET FRANCE SANTÉ

La négociation vise à tenir compte des composantes de France Santé en parallèle des éléments de l'accord national

Rémunération forfaitaire CDS (socle + optionnel)

ITAOS

- Proposé dans le cadre de la négociation 2025 qui s'articule autour de **3 thématiques** :
- ✓ Augmentation de l'offre de soins
 - ✓ Pertinence et qualité
 - ✓ Participation aux besoins de soins du territoire

France Santé (socle + compl.)

- Socle :**
- ✓ Présence IDE
 - ✓ SNP SAS
- Complémentaire** qui s'articule autour de 3 thématiques :
- ✓ Accès aux soins
 - ✓ Vulnérabilité
 - ✓ Parcours

Le forfait de santé publique

- 5 indicateurs de dépistage :**
- ✓ Dépistages : cancer colorectal, cancer du sein, cancer du col de l'utérus, diabète, MRC
- 6 indicateurs de vaccination :**
- ✓ Vaccinations : grippe, covid, pneumocoque, HPV, ROR, méningocoque ACWY

Focus sur France Santé

Pour intégrer le réseau France santé, les centres de santé devront remplir plusieurs *conditions cumulatives* :

1. être adhérent à l'accord national
2. remplir les indicateurs socles de la rémunération forfaitaire
3. être désigné comme **centre de santé polyvalent** ou médical
4. s'engager à respecter les indicateurs socles France santé.

Les structures qui souhaitent adhérer au dispositif doivent en faire la demande explicitement avant le **14 juillet 2026** en complétant leur engagement sur la plateforme demarche.numerique.gouv.fr. Une fois celui-ci validé, le premier versement intervient à compter de juillet 2026, au tarif plein

Deux indicateurs socles : comme pour les maisons de santé, la Cnam instaure comme indicateurs socles France santé:

- une offre de soins infirmiers équivalente à **0,5 ETP/semaine a minima** (IDE ou IPA salariée au sein du CDS ou partenariat formalisé avec une organisation proposant une offre d'infirmier extérieur au centre de santé, type cabinet libéral, MSP, **CSI**, SSIAD etc.)
- participation aux soins non programmés (implication dans le service d'accès aux soins (**SAS**) ou la permanence des soins ambulatoires (**PDSA**).

Focus sur France Santé

Des rémunérations complémentaires seront également possibles si les CDS atteignent *un certain nombre d'indicateurs complémentaires répartis en 4 briques principales*:

- l'accès aux soins,
- la prévention,
- la vulnérabilité
- les parcours.

La brique devient rémunératrice dès lors que le centre atteint au moins deux de ses indicateurs.

La rémunération socle est déclenchée dès lors que l'ensemble des indicateurs sont respectés. → versement d'un montant socle de 10.000 euros modulé par la file active du centre de santé.

Si les indicateurs socles sont validés, le centre de santé peut bénéficier de la rémunération des briques additionnelles, qui sont indépendantes les unes des autres.

Chaque brique correspond à un montant complémentaire de 10 000 euros, toujours modulé par la file active du centre de santé.

Ainsi, le calcul est le suivant :

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

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

Focus sur France Santé

Pour tenir compte de la montée en charge progressive du dispositif, l'avenant prévoit une modulation des versements :

- > **Au titre de 2026** : montant du socle = 50.000 euros / montant de chaque "brique 2026" complémentaire = 0 euro
- > **Au titre de 2027** : montant du socle = 40.000 euros / montant de chaque "brique 2027" complémentaire = 2.500 euros (soit un total de 10.000 euros)
- > **Au titre de 2028** : montant socle = 30 000 euros / montant de chaque "brique 2028" complémentaire = 5.000 euros (soit un total de 20.000 euros)

Focus sur France Santé

RÉMUNÉRATION ASSOCIÉE À FRANCE SANTÉ ET ITAOS

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

2026

Socle FS 26 ++++
Additionnel FS 26 +

2027

Socle FS 27 +++
Additionnel FS 27 ++
ITAOS/FSP polyv/méd

2028

Socle FS 28 +
Additionnel FS ++++
ITAOS/FSP polyv/méd
ITAOS CSI

Une rémunération moyenne prévue à 50k€, selon l'atteinte des indicateurs et la FA de la structure

Les critères additionnels sont systématiquement payés en année N+1 tout comme ITAOS et forfait de santé publique

Pour permettre un financement rapide de France Santé au titre de 2026 : une période de quelques semaines/mois serait ouverte après entrée en vigueur de l'avenant pour permettre aux structures de transmettre leur formulaire d'engagement aux CPAM/ARS et débloquer le financement complet au titre de 2026

BRIQUE 1 : ACCES AUX SOINS		
Indicateurs	Description	Modalités de vérification
Valoriser une amplitude horaire élargie	Le centre de santé s'organise pour mettre en place une offre de soins élargies en semaine avec une amplitude horaire supérieur ou égale à 10h par jour ou le samedi matin avec présence d'un médecin généraliste.	- Amplitude horaire supérieur ou égale à 10 heures par jour en semaine ; - OU - Ouverture tous les samedis matins avec présence de médecin généraliste ; L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur.
Valoriser la mise en place d'une offre élargie en soins non programmés	Le centre de santé s'organise pour participer à l'offre de soins non programmé au travers des dispositifs SAS et PDSA soit par la participation en tant qu'effecteur soit si certains médecins du centre participent en tant que régulateur du SAS ou de la PDSA. Au-delà des médecins, cette participation peut également être prise en compte pour les chirurgiens-dentistes, sages-femmes ou infirmiers salariés du centre de santé dès lors que les dispositions réglementaires et/ou conventionnelles pour les professions de santé concernées le permettent. L'organisation de cette offre doit par ailleurs être mise en place sur le territoire.	- Au moins 20% des professionnels de santé salariés du centre de santé (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, infirmier) participent au SAS et à la PDSA en tant qu'effecteur ; - OU - Participation au SAS ou à la PDSA en tant que régulateur par au moins 10% des professionnels de santé salariés du centre de santé (médecin, chirurgien-dentiste) L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur.
Soins à domicile ou d'aller vers	Le centre de santé qui s'organise pour mettre en place une offre de soins à domicile peut valider cet indicateur par la mise en place soit de visites à domicile et/ou EHPAD (hors IDE) soit par la mise	La définition et les modalités d'atteinte seront définies dans le

	en place d'une organisation permettant la réalisation d'actes d'accompagnement à la téléconsultation assistées par les infirmiers (hors recours aux plateformes de téléconsultation). Cette organisation doit se faire dans le respect du libre choix du professionnel de santé par le patient.	cadre de l'avenant 2 à l'accord national des centres de santé.
Valoriser les organisations mises en place pour améliorer l'offre médicale dans les territoires en grande difficulté	Le centre de santé s'organise pour améliorer l'offre médicale dans les territoires en difficulté en assurant au moins 50 jours par an une ligne médicale en ZIP, via notamment le recrutement de médecins salariés pour de courtes durées, fonctionnant en rotation.	Indicateur déclaratif. Nombre de jours (a minima 50 jours par an) où une présence médicale est assurée en ZIP : Trois modalités : - Pour les CDS hors ZIP : mise en place d'une organisation (par exemple une antenne du centre) afin d'assurer des consultations en ZIP - Pour les CDS en ZIP : mise en place d'une ligne médicale supplémentaire via un système de rotation de médecins salariés pour de courtes durées - Pour les CDS en ZIP, mise en place d'une ligne médicale supplémentaire en ZIP (valorisable une seule fois, si et seulement si la structure a recruté un ETP de médecin supplémentaire par rapport à l'année antérieure) Eléments communiqués sur la plateforme ATIH (cf. article 24 de l'accord national). L'atteinte de l'une des deux modes d'organisations valide l'indicateur.
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 dans le cadre de l'avenant 2 à l'accord national des centres de santé.

Indicateurs	Description	Modalités de vérification
Valoriser l'atteinte de seuils sur 5 indicateurs de dépistage, notamment pour patients précaires	Le centre de santé met en place une organisation afin d'atteindre des taux cibles sur les indicateurs de dépistage : cancer du sein, cancer du col de l'utérus, cancer colorectal, maladies rénales chroniques. Ces indicateurs sont définis conformément à l'article 23-4 et annexes afférentes de la convention médicale.	Taux d'atteinte nécessaire pour chaque indicateur calculé sur la base de la PMT du centre de santé : • 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	Le centre de santé met en place une organisation afin d'atteindre des taux cibles sur les indicateurs de vaccination contre : la grippe, la covid, pneumocoque, HPV. Ces indicateurs sont définis conformément à l'article 23-4 et annexes afférentes de la convention médicale.	Taux d'atteinte nécessaire pour chaque indicateur calculé sur la base de la PMT du centre de santé : • Grippe : 65% • Covid : 40% • Pneumocoque : 50% • HPV : 50% L'atteinte d'au moins 2 des 4 indicateurs de vaccination permet de valider cet item.
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.	Le centre de santé s'engage à déployer des dispositifs en faveur de l'amélioration de la santé auprès des patients les plus précaires par la réalisation de bilans de prévention, et/ou auprès des patients à risque iatrogénique par la réalisation de bilans partagés de médication. 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 salarié, hors pharmacien). <u>OU</u> - Taux de patients ayant bénéficié d'un bilan partagé de médication supérieur à un seuil. La définition précise et les modalités d'atteinte seront définies dans le cadre de l'avenant 2 à l'accord national des centres de santé.
Valoriser les actions et la coordination de la structure autour de la prise en charge de la santé mentale de la	Le centre de santé s'organise pour mettre en place une offre autour de la santé de la mentale pour ces patients. A ce titre, il doit disposer au sein du centre de santé d'un accès à un	Indicateur déclaratif. A minima : - 0.5 ETP psychologue conventionné « Mon soutien psy » ou intégré au dispositif « Santé Psy Etudiants »

patientèle (coordination avec psychologues, Mon soutien psy, etc)

psychologue conventionné « Mon soutien psy » ou intégré au dispositif « Santé Psy Etudiants », et/ou un IPA psychiatrie et santé mentale, et/ou de psychiatre. L'organisation mise en place par le centre de santé devra permettre dès que nécessaire de réorienter le patient vers un psychiatre.

OU

- 0.5 ETP d'IPA en psychiatrie

OU

- Intervention de psychiatres à hauteur de 1 journée par mois (salarié ou intervenant dans la structure selon les modalités définies dans le cadre d'une convention de partenariat).

BRIQUE 3 : VULNERABILITE		
Indicateurs	Description	Modalités de vérification
Valoriser la prise en charge par la structure des patients en situation de vulnérabilité	Le centre de santé s'organise pour prendre en charge des patients en situation de vulnérabilité, à savoir patients AME et/ou C2S.	- Taux de patients C2S ou AME de la FA du centre de santé * supérieur à 1,2 fois les taux nationaux (tel que défini à l'article 22 de l'accord national) <i>*La file active est entendue comme file active de la structure à savoir le nombre de patients ayant eu un contact médecin généraliste).</i>
Valoriser l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité psychosociale	Le centre de santé s'organise pour prendre en charge des personnes en situation de vulnérabilité psychosociale en lien avec les acteurs sociaux et structures médico-sociales du territoire ou par une organisation interne dédiée.	Indicateur déclaratif. - Conventions de partenaires avec des acteurs sociaux, l'ASE et/ou des structures médico-sociales, hors handicap (conventions différentes que celles déjà prises en compte pour l'indicateur « Accompagnement des publics vulnérables » décrit à l'article 18.1.2.2). Ces documents permettent de décrire l'organisation mise en place au sein de la structure (mise à disposition de consultations) ou en dehors de la structure (les professionnels de santé du centre de santé prennent en charge les patients directement au sein de ces structures).

		- Ou mise en place au sein de la structure d'un parcours spécifique pour la prise en charge de ces publics qui pourra prendre la forme d'un protocole ou le recours à une fonction dédiée pour l'accompagnement des personnes dans leur parcours d'accès aux droits, à la prévention et aux soins (ex : médiateur). L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur.
Valoriser la prise en charge par la structure de patients en situation de handicap	Le centre de santé est adapté à la prise en charge des patients en situation de handicap. Par ailleurs, le centre de santé s'organise pour mettre en place une offre de soins à destination des patients en situation de handicap. La prise en charge de cette patientèle peut se faire soit au sein du centre de santé avec une organisation spécifique (notamment au travers de la signature de la charte Romain Jacob) soit par un partenariat mis en place avec des structures de type ESMS (différents des partenariats valorisés dans le cadre de l'indicateur « Accompagnement des publics vulnérables » décrit à l'article 18.1.2.2).	Indicateur déclaratif. Le centre de santé est enregistré dans l'annuaire des cabinets accessibles disponible sur Santé.fr (dès lors que l'annuaire permettra aux centres de santé de s'y enregistrer). 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)	Le centre de santé met en place des protocoles d'organisation permettant de généraliser le repérage et le développement d'un projet de santé personnalisé.	Indicateur déclaratif. 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	Le centre de santé est intégré 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 valoriser l'implication mais également la prise en charge des 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 comme structure de coordination dans un parcours PCR et prendre en charge au moins 10 patients dans l'année pour le parcours correspondant ; - Ou participation des professionnels de santé salariés du centre de santé à au moins un parcours PCR et prendre en charge au moins 10 patients dans l'année. L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur.
Valoriser l'implication de la structure pour faciliter la prise en charge des patients en entrée et/ou sortie d'hospitalisation	Le centre de santé s'organise pour faciliter la prise en charge de ces patients en entrée et/ou sortie d'hospitalisation. Il met en place une organisation interne et s'appuie sur les actes de nomenclature prévus pour la prise en charge de patients en sortie d'hospitalisation. Le centre de santé s'articule avec les acteurs de son territoire pour faciliter les parcours d'entrée/sortie d'hospitalisation de sa patientèle.	Indicateur déclaratif. La structure a contractualisé avec le ou les acteurs hospitaliers du territoire. L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur.
Valoriser l'organisation de la structure en faveur d'une diminution du délai d'accès à des spécialistes	Le centre de santé s'organise pour apporter une réponse à ses patients en recherche de soins de spécialistes (au sein ou non du centre de santé). Il s'agit alors de réduire le délai d'accès à des médecins spécialistes en s'articulant avec les dispositifs déployés sur le territoire par la CPTS, l'ESS, les structures hospitalières, ...	Indicateur déclaratif. Soit le centre de santé compte au sein de ses professionnels de santé salariés, des médecins spécialistes (hors médecin généraliste), soit le centre de santé a signé des conventions de partenariats décrivant l'organisation mise en place en fonction des spécialités médicales avec les acteurs du territoire. L'atteinte de l'une des deux composantes valide l'indicateur.

Focus sur le forfait de santé publique

Au-delà du réseau France Santé, l'avenant crée également un nouveau **forfait annuel de santé publique**.

Onze indicateurs sont retenus :

- six relatifs à la vaccination
- cinq relatifs au dépistage.

Chaque objectif atteint ouvre droit à une rémunération de 500 euros. Le montant maximal du forfait atteint ainsi 5.500 euros par an.

Depuis le 10 mars 2026 , les Infirmiers Diplômés d'État (IDE) sont habilités à remettre un kit de dépistage organisé du cancer colorectal aux personnes éligibles.

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

Nouveau calcul de la majoration publics précaires

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

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

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

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

Pour l'item **AAH**, le taux de référence est déterminé en **fonction du type de centre de santé concerné** (centre polyvalent ou médical, centre dentaire, centre infirmier)

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

Nouveau calcul de la majoration publics précaires

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

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

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

Lorsque l'écart relatif excède une valeur maximale, il est plafonné à cette valeur maximale :

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

Itaos, le grand absent de l'avenant

Si **l'indicateur territorial pour l'amélioration de l'offre de soins (Itaos)** figurait parmi les sujets les plus attendus de cette négociation conventionnelle, aucune mesure opérationnelle ne sera finalement intégrée dans l'avenant 1.

La copie finale se contente de préciser que "*de nouvelles négociations*" vont s'ouvrir "*au deuxième semestre 2026*" pour décliner "*les engagements inscrits dans l'Accord national des centres de santé signé à l'été 2025 en matière de santé publique et d'ancrage territorial pour l'amélioration de l'offre de soins (déploiement du contrat ITAOS), et d'y intégrer également les **mesures relatives à la lutte contre la fraude** ainsi qu'au **dispositif Peps**, sous réserve des résultats de l'évaluation en cours*".

Rappel : ITAOS pour les CSI n'est prévue que pour 2028

Pistes de travail du RNOGCS sur ITAOS CSI

BRIQUE 1 : AUGMENTATION DE L'OFFRE DE SOINS	
Indicateurs / Thématiques	Description
Prise en charge d'une patientèle vulnérable CSS ou AME	Favoriser l'accès aux soins des publics en situation de précarité sociale ou sanitaire
Prise en charge d'une patientèle particulièrement vulnérable (80 ans et ALD)	Renforcer le suivi des patients âgés atteints de pathologies chroniques afin de limiter les ruptures de parcours et/ou les hospitalisations évitables.
Valoriser l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité psychosociale par une offre spécifique (ex : fonction de médiateur en santé)	Proposer une offre spécifique permettant d'accompagner les patients en situation de vulnérabilité psychosociale
Accompagnement à la téléconsultation du patient par l'IDE	Permettre aux patients d'accéder à une consultation médicale à distance avec l'appui d'un infirmier permettant la sécurisation du parcours de soins.
Prise en charge de patients avec des troubles moteurs sévères	Indicateur peu adapté à la patientèle CSI
Amplitude horaire	Garantir une amplitude horaire d'au moins 10h pour assurer l'accès à des soins non programmés, au centre et à domicile
Disposer d'une offre IPA	Développer l'accès à des compétences infirmières en pratique avancée pour améliorer le suivi des patients
Mettre en place des consultations avancées de médecins spécialistes	Faciliter l'accès à des consultations spécialisées de proximité dans les territoires
Faciliter l'accès à des examens biologiques par le biais de convention avec les laboratoires	Réaliser des prélèvements biologiques en dehors des horaires des laboratoires ou de renforcer la capacité à réaliser des prélèvements biologiques pendant les heures d'ouverture des laboratoires

Pistes de travail du RNOGCS sur ITAOS CSI

BRIQUE 2 : QUALITE / PERTINENCE / PREVENTION	
Indicateurs / Thématiques	Description 
Mon Bilan Prévention et réalisation de consultations de suivi	Les structures s’engagent à réaliser des bilans de prévention (bilan et suivi) tels que décrits à l’article 34.5 de l’accord national
Consultations infirmières visant à renforcer l’accès aux soins et la coordination des soins de proximité, la qualité de la prise en charge des patients, à soutenir la prévention, à améliorer le suivi des situations complexes	Aujourd’hui : réalisation de consultation infirmière destinée aux patients atteints de diabète de type 2 lors de l’instauration d’un traitement initial par insuline. A adapter en fonction des évolutions conventionnelles
Taux de dépistage cancer colorectal et diabète et HTA dans la patientèle de référence	Encourager le repérage précoce des pathologies chroniques et améliorer la participation aux campagnes de dépistage
Taux de vaccination grippe dans la patientèle de référence	Renforcer la couverture vaccinale des publics ciblés afin de prévenir les formes graves et limiter les complications
Prise en charge de patients dans les PCR	Participer à la coordination et au suivi des parcours de soins complexes nécessitant une prise en charge pluriprofessionnelle
Actions de santé publique	En plus des actions de prévention prévues dans l’accord national, développer au moins une action collective ou ciblée de prévention, d’information et d’éducation en santé en réponse aux besoins du territoire
Soins éco responsables	Mettre en œuvre l’action « Agir pour éviter le gaspillage des produits de santé » Memo-soins-ecoresponsables-dispositifs-medicaux-non-ouverts Janv2025 297Ko.pdf

Pistes de travail du RNOGCS sur ITAOS CSI

BRIQUE 3 : PARTICIPATION AUX BESOINS DE SOINS DU TERRITOIRE	
Indicateurs / Thématiques	Description
Participation aux actions d'une CPTS / DAC / CLS	Participer à la coordination territoriale des acteurs de santé et à l'organisation des parcours de soins.
Intervention auprès des structures sociales et médico-sociales	Renforcer les coopérations avec les établissements et structures accompagnant les publics fragiles, en perte d'autonomie ou en situation de handicap
Participation aux SNP régulés en tant qu'effecteur ou dans le cadre d'une organisation territoriale permettant de répondre rapidement aux demandes de soins urgents	Participer à la réponse aux soins non programmés afin d'améliorer l'accès rapide à une prise en charge sur le territoire (cf note d'info)
Santé mentale : IPA en psychiatrie et santé mentale	Développer l'accompagnement des patients souffrant de troubles psychiques grâce à des compétences infirmières spécialisées en santé mentale

Quelles actions pour le financement avenant 43 pour 2026 ?

(en attente des nouvelles rémunérations qu'on ne connaîtra qu'en 2027 et 2028)

Avez-vous des questions ?