



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Circulaire interministérielle n° DGOS/SDAS/AS2/DGCL/SDCAT/C3/2026/86 du 16 juin 2026
relative au déploiement et au financement du réseau France santé**

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

La ministre de l'aménagement du territoire
et de la décentralisation

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région et de département

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (ARS)

Référence	NOR : SFHH2616199C (numéro interne : 2026/86)
Date de signature	16/06/2026
Emetteurs	Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées Direction générale de l'offre de soins (DGOS) Ministère de l'aménagement du territoire et de la décentralisation Direction générale des collectivités locales (DGCL)
Objet	Déploiement et financement du réseau France santé.
Actions à réaliser	- Poursuivre le développement du réseau France santé. - Procéder au financement des structures labellisées. - Suivre la mise en œuvre des actions financées.
Résultats attendus	Renforcer l'offre de soins de proximité et l'accès aux soins dans les territoires.
Echéance	Dans les meilleurs délais.
Contacts utiles	Sous-direction de l'accès aux soins et du premier recours (SDAS) Bureau de la coordination des professionnels de santé (AS2) DGOS-AS2@sante.gouv.fr Sous-direction de la cohésion et de l'aménagement du territoire (SDCAT) Bureau de l'aménagement du territoire, de la ruralité et des politiques de cohésion européennes (C3) dgcl-sdcat@dgcl.gouv.fr

Nombre de pages et annexes	6 pages + 3 annexes (21 pages) Annexe 1 : Trajectoires des cibles régionales et départementales du réseau France santé Annexe 2 : Procédure d'engagement des structures du réseau France santé Annexe 3 : Engagements et indicateurs de suivi de mise en œuvre
Résumé	La présente circulaire fixe les orientations à suivre par les préfets de département et les directeurs généraux d'ARS pour la poursuite du déploiement du réseau France santé et le financement des structures labellisées suite à la signature de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) et de l'accord national des centres de santé, signés entre la Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM) et les organisations représentatives des professions de santé libérales d'une part et des centres de santé d'autre part.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie, et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	France santé, accès aux soins, professionnels de santé, ingénierie territoriale.
Classement thématique	Professions et formations en santé
Textes de référence	- Loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 ; - Articles L. 6330-1 et L. 6330-2 du code de la santé publique.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Néant
Validée par le CNP du 12 juin 2026 - Visa CNP 2026-39	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Dans le prolongement des orientations fixées par le Premier ministre et des courriers interministériels du 31 octobre 2025 et du 25 novembre 2025, la présente circulaire précise les modalités de labellisation, de contractualisation et de financement du réseau France santé. Elle fait suite à la signature de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) et de l'accord national des centres de santé entre la Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM) et les organisations représentatives des professions de santé libérales d'une part et des centres de santé d'autre part.

I/ Objectifs du réseau France santé

Lancé par le Premier ministre à Mâcon (Saône-et-Loire) le 13 septembre 2025, le réseau France santé vise à structurer, sur l'ensemble du territoire, une offre de soins de proximité, coordonnée, lisible, accessible en moins de 30 minutes et garantissant une réponse dans les 48 heures. Le réseau s'inscrit dans la politique de lutte contre les déserts médicaux.

Le Gouvernement a fixé un objectif de 5 000 structures labellisées à l'horizon 2027 avec une cible intermédiaire de 2 000 à la fin de l'été 2026. Les cibles régionales déclinées au niveau de chaque département figurent en annexe 1.

Le déploiement du réseau doit reposer sur une concertation étroite avec les professionnels de santé, les établissements et les élus locaux. Votre engagement dans l'animation départementale sera gage de succès. L'investissement financier du Gouvernement a pour finalité de consolider l'offre de soins et d'améliorer le service rendu aux usagers.

II/ Les critères de labellisation et les structures éligibles

La labellisation France santé relève de votre responsabilité conjointe en lien avec les présidents de Conseil départemental investis. Elle repose sur l'adhésion des professionnels de santé et associe étroitement les élus locaux en particulier les maires et présidents d'EPCI. Seules les structures labellisées peuvent bénéficier des financements. Les critères ainsi que le périmètre des structures concernées sont sans changement par rapport aux orientations fixées en 2025.

1. Critères de labellisation

L'offre de service socle France santé repose sur les critères suivants :

- la présence d'un médecin généraliste avec une patientèle traitante (ou en cours de constitution) ;
- la présence d'un professionnel infirmier au sein de la structure (ou à proximité). Cela peut être un infirmier (IDE) ou infirmier en pratique avancée (IPA), qu'il soit associé, salarié ou mobilisé via un partenariat formalisé avec une organisation proposant une offre infirmière ;
- une ouverture au public au moins cinq jours par semaine ;
- l'application des tarifs opposables, sans dépassement d'honoraires ;
- la réponse aux patients en moins de 48 heures lorsque l'état de santé le nécessite via la participation au service d'accès aux soins (SAS) ou à la permanence des soins ambulatoires (PDSA)¹.

Des dérogations peuvent être accordées dans certaines situations locales, lors de la création de nouvelles structures (médecin ou IPA seul pendant un certain temps).

2. Structures éligibles au label

Sur la base de ces critères, le label France santé concerne un ensemble de structures concourant à l'accès aux soins de premier recours :

- les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ;
- les centres de santé médicaux ou polyvalents (CDS) ;
- les cabinets médicaux libéraux ;
- les équipes de soins primaires.

Dans les territoires les plus fragiles, les critères peuvent être adaptés pour inclure des structures contribuant à l'accès aux soins de proximité :

- les établissements de santé assurant des soins primaires tels que les hôpitaux de proximité ;
- les lieux de consultations solidaires déployés dans le cadre du dispositif « Un médecin près de chez vous » ;

¹ Les accords conventionnels précisent ce critère : participation d'au moins 50% des médecins de la structure au SAS et réponse aux sollicitations du régulateur du SAS pour une consultation dans les 48h ou participation des médecins de la structure à la PDSA.

- les medicobus ;
- les pharmacies d'officine lorsqu'elles contribuent à l'accès aux soins de premier recours sur les territoires les moins dotés en médecins généralistes. Leur inclusion peut être retenue dans des territoires éloignés des autres structures France santé et lorsqu'elles proposent une offre de soins complémentaire (téléconsultation médicale, participation à la prise en charge de situations cliniques telles que TROD ou dispositifs de type OSyS).

III/ Procédure de labellisation, de financement et de suivi

1. Labellisation

Les structures souhaitant rejoindre le réseau déposent une déclaration d'intention sur la plateforme numérique dédiée : [Déclaration d'intention de participation à France Santé](#)².

Le label est accordé par courrier conjoint de l'ARS, du préfet et, le cas échéant, du président du Conseil départemental. Ce courrier est adressé à la structure et à la Caisse, puis enregistré par l'ARS sur la démarche numérique de déclaration d'intention de participation.

2. Financements

L'investissement financier au titre de France santé représente en moyenne 50 000 euros par structure et par an.

- Pour les structures conventionnées

Pour les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les centres de santé (CDS), des avenants à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) ou à l'accord national (AN) nouvellement signés, définissent les modalités de financement³.

La déclaration d'intention vaut acceptation de l'avenant : aucun contrat supplémentaire n'est nécessaire. Les structures volontaires déposent leur déclaration d'intention sur la plateforme numérique (*cf. supra*). Le dépôt est systématiquement notifié à l'ARS et à la Caisse.

Le courrier est joint par la structure au moment du dépôt si elle est déjà labellisée, ou transmis ultérieurement par l'ARS à la Caisse *via* la plateforme si la structure n'est pas encore labellisée au moment de renseigner le formulaire. La Caisse engage la procédure de versement dès réception de l'engagement et du courrier de labellisation.

Les pharmacies d'officine ne bénéficient pas de financements en lien direct avec le dispositif France santé. Cependant, le soutien aux officines jugées indispensables et aux nouvelles missions repose sur la convention pharmaceutique qui fixe des critères d'éligibilité et des modalités de financements propres.

- Pour les structures non conventionnées

Pour les cabinets de groupe, les équipes de soins primaires, les maisons de santé non-conventionnées ou les établissements de santé, vous disposez d'une grande souplesse dans l'allocation des ressources afin d'assurer une bonne adéquation avec les besoins identifiés par les professionnels et pour tenir compte de la variété des projets pouvant être déployés.

² <https://demarche.numerique.gouv.fr/commencer/declaration-d-intention-france-sante>.

³ L'annexe 3 de la présente circulaire précise le dispositif de financement prévu dans ces avenants. Il repose sur des engagements « socles » et des engagements « supplémentaires » contribuant à améliorer la prise en charge des patients (accès aux soins, prévention, vulnérabilité, parcours).

Vous veillerez toutefois à faire reposer les financements sur deux niveaux :

- **un financement socle**, forfaitaire, accessible à l'ensemble des structures dès lors qu'elles remplissent les critères de la labellisation. Il peut être modulé en fonction de la taille (estimée notamment en fonction de la file active de patients) et de la nature de la structure ;
- **un financement complémentaire** destiné à soutenir des projets spécifiques, structuré autour de quatre thématiques :
 - renforcer l'accès aux soins (soins à domicile, accès dans les territoires les plus fragiles ou l'extension des horaires d'ouverture) ;
 - favoriser la coordination de parcours ;
 - favoriser la prise en charge de patients en situation de vulnérabilité ;
 - développer les actions de prévention et répondre aux priorités de santé publique (exemples : bilans de prévention, vaccination, dépistage).

Les financements complémentaires s'inscrivent dans une logique de financement au projet et sont attribués au regard d'engagements pris par la structure pour améliorer l'offre de soins dans le territoire. Complémentaire au financement socle, le financement au projet a vocation à devenir majoritaire au plus tard en 2029.

Il conviendra de veiller à ce que le montant global des financements alloués *via* le FIR pour une structure soit cohérent avec celui des financements des autres structures conventionnées prévus au titre des ACI et AN.

Le versement des crédits repose sur une convention « France santé » conclue avec l'ARS et les financements sont mobilisés *via* le fonds d'intervention régional (FIR). Une convention type vous sera transmise. Elle fixera les engagements de la structure, les modalités de suivi et les conditions de financement.

Les medicobus font l'objet de dispositions spécifiques précisées par instruction. Ils peuvent s'inscrire dans la convention de partenariat conclue entre l'État, l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT) et la Caisse des dépôts et consignations relative au dispositif « medicobus ».

3. Suivi

Le déploiement est suivi *via* la plateforme existante :

<https://demarche.numerique.gouv.fr/commencer/labellisation-france-sante>.

Les ARS veilleront à réaliser le recensement et à mettre à jour les évolutions de la situation de chaque structure.

Pour les structures conventionnées, les indicateurs qualitatifs et quantitatifs sont ceux prévus dans les accords signés. Pour les autres structures, vous pourrez mobiliser les mêmes indicateurs en retenant les plus pertinents ou en déterminer d'autres. Le réseau de l'Assurance maladie apporte son concours aux ARS dans le suivi de ces indicateurs.

IV/ Financements pour l'année 2026

Vous veillerez à engager rapidement le versement des financements socles en lien étroit avec les Caisses. La procédure à suivre pour les structures figure en annexe 2.

Pour bénéficier du financement en année pleine, les structures, qu'elles soient conventionnées ou non, doivent déposer leur déclaration d'intention (*cf.* point III/1) **jusqu'au 10 juillet 2026 inclus**. La lettre de labellisation est, soit déposée dès la déclaration d'intention pour les structures déjà labellisées (notamment celles de la vague 1 de fin 2025), soit déposée au fil de l'eau par l'ARS dans le dossier de déclaration d'intention pour les autres structures.

Pour les formulaires déposés à compter du 11 juillet 2026, le financement est accordé au *prorata temporis* de l'année 2026.

La date prise en compte pour le calcul des financements 2026 (année pleine ou prorata) est la date de dépôt du formulaire de déclaration d'intention sur la plateforme de démarche numérique. La transmission du courrier de labellisation est un préalable à tout versement, mais la date de réception de ce courrier n'intervient pas dans le calcul du montant à verser.

VI/ Offre de service de la Caisse des dépôts

Vous rappellerez aux acteurs que, dans le cadre d'une convention de partenariat conclue avec l'État pour le déploiement du réseau France santé, la Caisse des dépôts, à travers la Banque des Territoires intervient pour accompagner les dynamiques territoriales, financer les infrastructures et soutenir l'innovation. Elle mobilise à ce titre des moyens financiers significatifs en faveur du secteur de la santé et du grand âge, et propose notamment aux structures du réseau France santé une offre intégrée d'ingénierie, de prêts et d'investissements adaptée aux besoins des territoires.

Par ailleurs, les préfets peuvent mobiliser les dotations de droit commun pour soutenir les investissements et accompagner les structures du réseau France santé.

Enfin, l'ensemble des dispositifs mobilisables par les structures du réseau France santé, tout au long du cycle de vie des projets, est recensé dans le catalogue de l'offre de service à destination des professionnels de santé du réseau France santé, afin de faciliter leur accès aux différents leviers d'accompagnement et de financement.

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

A stylized, bold, black signature that reads "signé" (signed) in a cursive-like font.

Stéphanie RIST

La ministre de l'aménagement du territoire et de la décentralisation,

A stylized, bold, black signature that reads "signé" (signed) in a cursive-like font.

Françoise GATEL

Annexe 1
Trajectoires des cibles régionales et départementales du réseau France santé

Région	Département	Cible 2027
Auvergne-Rhône-Alpes	Total régional	635
	Ain	46-56
	Allier	29-36
	Ardèche	37-45
	Cantal	20-24
	Drôme	47-57
	Isère	82-100
	Loire	55-67
	Haute-Loire	22-27
	Puy-de-Dôme	40-48
	Rhône	114-139
	Savoie	34-41
	Haute-Savoie	47-57
Bourgogne-Franche-Comté	Total régional	260
	Côte-d'Or	31-41
	Doubs	43-53
	Jura	20-30
	Nièvre	22-32
	Haute-Saône	23-33
	Saône-et-Loire	49-59
	Yonne	28-38
	Territoire de Belfort	9
Bretagne	Total régional	290
	Côtes-d'Armor	52-62
	Finistère	60-70
	Ille-et-Vilaine	89-99
	Morbihan	70-80
Centre-Val de Loire	Total régional	238
	Cher	15
	Eure-et-Loir	34
	Indre	37
	Indre-et-Loire	55
	Loir-et-Cher	40
	Loiret	57
Corse	Total régional	30
	Corse-du-Sud	12
	Haute-Corse	18

Région	Département	Cible 2027
Grand Est	Total régional	392
	Ardennes	28
	Aube	41
	Marne	30
	Haute-Marne	17
	Meurthe-et-Moselle	60
	Meuse	20
	Moselle	58
	Bas-Rhin	52
	Haut-Rhin	42
	Vosges	44
Guadeloupe	Total régional	30
Guyane	Total régional	14
Hauts-de-France	Total régional	439
	Aisne	39-59
	Nord	168-188
	Oise	25-45
	Pas-de-Calais	114-134
	Somme	43-63
Île-de-France	Total régional	797
	Paris	144
	Seine-et-Marne	67
	Yvelines	59
	Essonne	81
	Hauts-de-Seine	103
	Seine-Saint-Denis	170
	Val-de-Marne	99
	Val-d'Oise	74
La Réunion	Total régional	44
Martinique	Total régional	21
Mayotte	Total régional	20
Normandie	Total régional	235
	Calvados	46-49
	Eure	39-47
	Manche	40-42
	Orne	25-29
	Seine-Maritime	73-79

Région	Département	Cible 2027
Nouvelle-Aquitaine	Total régional	437
	Charente	44
	Charente-Maritime	44
	Corrèze	26
	Creuse	12
	Dordogne	42
	Gironde	67
	Landes	31
	Lot-et-Garonne	32
	Pyrénées-Atlantiques	38
	Deux-Sèvres	40
	Vienne	39
	Haute-Vienne	22
Occitanie	Total régional	506
	Ariège	25
	Aude	37
	Aveyron	41
	Gard	72
	Haute-Garonne	80
	Gers	16
	Hérault	75
	Lot	22
	Lozère	15
	Hautes-Pyrénées	29
	Pyrénées-Orientales	34
	Tarn	37
	Tarn-et-Garonne	23
Pays de la Loire	Total régional	275
	Loire-Atlantique	94-99
	Maine-et-Loire	61-69
	Mayenne	21-23
	Sarthe	33-43
	Vendée	50-54
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Total régional	337
	Alpes-de-Haute-Provence	35-40
	Hautes-Alpes	20-25
	Alpes-Maritimes	45-55
	Bouches-du-Rhône	115-130
	Var	35-45
	Vaucluse	50-55
France		5 000

Annexe 2

Procédure d'engagement des structures du réseau France santé

Deux démarches numériques distinctes sont créées dans le cadre du déploiement du réseau France santé :

- une plateforme dédiée à la **déclaration** d'intention de participation à France santé par les structures, accessible à l'adresse suivante : [Déclaration d'intention de participation à France Santé](#)¹;
- une plateforme de **suivi** de la labellisation par les ARS, accessible à l'adresse suivante : <https://demarche.numerique.gouv.fr/commencer/labellisation-france-sante>.

Il est demandé aux structures, quel que soit leur statut de labellisation, de déclarer systématiquement leur engagement dans le réseau France santé *via* la démarche numérique dédiée à la déclaration d'intention de participation à France santé.

	Labellisée (a déjà reçu un courrier de labellisation)	Non-labellisée
Conventionnée	1. La structure se déclare dans la démarche numérique « Déclaration d'intention de participation à France santé ». 2. La structure joint le courrier de labellisation à la démarche numérique de déclaration d'intention. 3. La Caisse prend en compte l'engagement de la structure à compter de la date de validation du formulaire de déclaration d'intention. 4. L'ARS complète les informations de la structure dans la démarche numérique « Labellisation France santé ».	1. La structure se déclare dans la démarche numérique « Déclaration d'intention de participation à France santé ». 2. L'ARS instruit le dossier. 3. L'ARS partage le dossier au préfet et PCD. Après validation et signature de la labellisation 4. L'ARS dépose le courrier de labellisation sur la plateforme démarche numérique de déclaration, et transmet ainsi le courrier à la structure et à la Caisse. 5. La Caisse prend en compte l'engagement de la structure à compter de la date de déclaration d'intention de cette dernière. 6. L'ARS complète les informations de la structure dans la démarche numérique « Labellisation France santé » au fil de l'eau, elle indique quand le courrier est envoyé pour que la structure soit comptabilisée comme labellisée.

¹ <https://demarche.numerique.gouv.fr/commencer/declaration-d-intention-france-sante>

	Labellisée (a déjà reçu un courrier de labellisation)	Non-labellisée
Non conventionnée	1. La structure se déclare dans la démarche numérique « Déclaration d'intention de participation à France santé ». 2. La structure joint le courrier de labellisation à la démarche numérique de déclaration. 3. L'ARS prend contact avec la structure afin d'entamer le processus de contractualisation. Les financements sont mobilisés <i>via</i> le fonds d'intervention régional (FIR) 4. L'ARS complète les informations de la structure dans la démarche numérique « Labellisation France santé ».	1. La structure se déclare dans la démarche numérique « Déclaration d'intention de participation à France santé ». 2. L'ARS instruit le dossier. 3. L'ARS partage le dossier au préfet et PCD. Après validation et signature de la labellisation 4. L'ARS dépose le courrier de labellisation sur la plateforme démarche numérique de déclaration, et transmet ainsi le courrier à la structure et à la Caisse. 5. L'ARS prend contact avec la structure afin d'entamer le processus de contractualisation. Les financements sont mobilisés <i>via</i> le fonds d'intervention régional (FIR) 6. L'ARS complète les informations de la structure dans la démarche numérique « Labellisation France santé » au fil de l'eau, elle indique quand le courrier est envoyé pour que la structure soit comptabilisée comme labellisé.

Annexe 3

Engagements et indicateurs de suivi de mise en œuvre

Engagements pour les structures conventionnées (rappel des engagements figurant dans les accords interprofessionnels et nationaux pour les MSP et centres de santé)

1. Engagements et indicateurs socles

Toute structure qui souhaite s'engager dans le réseau France santé doit respecter trois critères cumulatifs :

- la structure pratique des consultations MG à tarif opposable ;
- la structure dispose d'une offre de soins infirmiers (IDE ou IPA) ;
- la structure est intégrée aux soins non programmés (SNP) régulés et s'organise pour répondre au besoin, selon ses capacités.

Indicateurs socles	
Engagement	Description de l'indicateur
Tarif opposable ¹	La structure s'engage à ce qu'au moins 80% des consultations des médecins généralistes (associés et/ou salariés de la structure) soient facturées au tarif opposable.
Présence d'un infirmier	La structure s'engage à disposer d'une offre de soins infirmiers (IDE ou IPA) équivalent à 0,5 ETP par semaine <i>a minima</i> . Cette offre peut prendre la forme soit : - d'un IDE/IPA associé de la structure - d'un IDE/IPA salarié de la structure - d'un IDE/IPA vacataire signataire du projet de santé de la structure - d'un partenariat formalisé avec une organisation proposant une offre d'infirmier (ex : centre de santé, SSIAD, cabinets libéraux IDE...)
Participation au service d'accès aux soins (SAS) et/ou à la permanence des soins ambulatoire (PDSA)	<u>Pour les MSP</u>, 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). <u>Pour les centres de santé</u>, la structure s'organise pour répondre aux demandes de soins non programmés soit : - Au travers du SAS, et dans ce cas, le centre de santé doit (conditions cumulatives) : - Être installé dans un département dans lequel le SAS est déployé et opérationnel ; - Déclarer sa participation au SAS en s'inscrivant sur la plateforme nationale SAS ;

¹ Les CDS étant soumis par l'Accord national à la pratique du tarif opposable, cet indicateur n'est pas mentionné dans l'avenant France santé de l'accord national.

	- Accepter d'interfacer sa solution de prise de rendez-vous avec la plateforme numérique SAS pour une mise en visibilité de ses disponibilités en cas de besoin de la régulation SAS ou participer à une organisation territoriale validée par le SAS du département et interfacée avec la plateforme nationale. <i>Les modalités de mises en œuvre de cet indicateur par les centres de santé pourront faire l'objet d'une attention particulière au regard du contexte local quant à l'atteinte de l'indicateur.</i> Ou au travers de la participation d'au moins un de ses médecins salariés à la PDSA.
--	---

2. Engagements supplémentaires contribuant à améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du financement complémentaire

En complément du niveau socle, les structures engagées dans France santé peuvent percevoir une rémunération additionnelle en cas d'atteinte d'indicateurs, dans le cadre des quatre briques thématiques.

La structure choisit deux objectifs par brique.

Accès aux soins	Prévention	Vulnérabilité	Parcours
Encourager l'activité à domicile ou la téléconsultation assistée	Accélérer le développement du bilan prévention pour les patients vulnérables ou la réalisation des bilans partagés de médication (auprès des patients à risque iatrogénique)	Favoriser la prise en charge des patients en situation de précarité (<i>taux de patients AME/C2S</i>)	Encourager la participation aux programmes nationaux (<i>MRTC, PCR</i>)
Encourager l'augmentation d'amplitude horaire en début de soirée et/ou samedi matin	Développer une offre pertinente pour la prise en charge de la santé mentale (<i>présence psychologue conventionnée, IPA en santé mentale...</i>)	Renforcer l'offre médico-sociale disponible pour la prise en charge (<i>médiateur en santé, etc</i>)	Encourager la poursuite de l'action « 0 patients ALD sans MT »
Renforcer la participation aux SNP régulés pour les médecins et autres professions (<i>participation renforcée au SAS/PDSA et effecteurs SNP</i>)	Encourager l'amélioration de la couverture vaccinale (<i>grippe, covid, pneumocoque, HPV</i>)	Accompagner l'amélioration de l'accueil et prise en charge des patients en situation de handicap (<i>accessibilité de la structure</i>)	Renforcer la coordination entre PS de la structure pour leur patientèle ALD (<i>taux de file active d'équipe</i>)
Développer une offre médicale supplémentaire en ZIP (<i>antenne, consultations avancées...</i>)	Encourager l'amélioration des taux de dépistages (<i>cancer colorectal, sein, col de l'utérus maladie rénale chronique et diabète par glycémie à jeun</i>)	Encourager le repérage de la fragilité puis la prise en charge (<i>ICOPE</i>)	Diminuer le délai d'accès au second recours (<i>présence de spécialiste, partenariats avec ESS...</i>) ou une meilleure articulation du lien ville-hôpital ²

² Cet objectif est scindé en 2 pour les centres de santé : « faciliter la prise en charge des patients en entrée et/ou sortie d'hospitalisation » et « favoriser la diminution du délai d'accès à des spécialistes ».

Détail des indicateurs complémentaires pour les MSP

BRIQUE 1 : ACCÈS AUX SOINS		
Indicateurs	Description	Modalités de vérification
Valoriser une amplitude horaire élargie	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. <i>*sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins ou du SAS prévue par dérogation de l'agence régionale de santé.</i>	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, sages-femmes 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 <u>et</u> à la PDSA en tant qu'effecteur ; - OU - Participation au SAS <u>ou</u> 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.	<i>La définition et les modalités d'atteinte seront définies en CPN avant la fin de l'année 2026.</i>

BRIQUE 1 : ACCÈS AUX SOINS		
Indicateurs	Description	Modalités de vérification
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 structure 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 structure est située en ZIP, l'indicateur correspond à la création d'une nouvelle ligne médicale de renforts supplémentaires ; - si la structure n'est pas en ZIP, cela correspond à un lieu de consultation situé en ZIP et assurée par la structure. OU - Contractualisation avec une pharmacie située en ZIP pour que les médecins de la structure réalisent des téléconsultations assistées par un pharmacien. L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur.

BRIQUE 2 : PRÉVENTION		
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). <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 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. À 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 » <u>OU</u> - 0.5 ETP d'IPA en psychiatrie <u>OU</u> - 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 structure : • 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.

BRIQUE 2 : PRÉVENTION		
Indicateurs	Description	Modalités de vérification
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 pour chaque indicateur calculé sur la base de la PMT des médecins associés de la structure : • 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 : VULNÉRABILITÉ		
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) - À 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. <i>* Nombre de patients ayant eu un contact, quel que soit le professionnel de santé associé ou salarié, hors pharmacien.</i>
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 médico-sociales, 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 structure 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.

BRIQUE 3 : VULNÉRABILITÉ		
Indicateurs	Description	Modalités de vérification
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 cette patientèle peut se faire soit au sein de la structure 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.	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 mise 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 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.	- Être 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 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 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 structure) est supérieure à un seuil. La définition précise et les modalités d'atteinte seront définies en CPN au regard des simulations qui seront réalisées.
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 en son sein 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.

Détail des indicateurs complémentaires pour les centres de santé :

BRIQUE 1 : ACCÈS AUX SOINS		
Indicateurs	Description	Modalités de vérification
Valoriser une amplitude horaires élargies	Le centre de santé s'organise pour mettre en place une offre de soins élargie en semaine avec une amplitude horaire supérieure 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 <u>et</u> à la PDSA en tant qu'effecteur ; - OU - Participation au SAS <u>ou</u> 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 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 dans le cadre de l'avenant 2 à l'accord national des centres de santé.

BRIQUE 1 : ACCÈS AUX SOINS		
Indicateurs	Description	Modalités de vérification
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) Éléments 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.

BRIQUE 2 : PRÉVENTION		
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.

BRIQUE 2 : PRÉVENTION		
Indicateurs	Description	Modalités de vérification
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)	Le centre de santé s'organise pour mettre en place une offre autour de la santé de la mentale pour ces patients. À ce titre, il doit disposer au sein du centre de santé d'un accès à un psychologue conventionné « Mon soutien psy » ou intégré au dispositif « Santé Psy Etudiants », et/ou un IPA psychiatrie et santé mentale, et/ou de psychiatre. L'organisation mise en place par le centre de santé 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 intégré au dispositif « Santé Psy Etudiants » <u>OU</u> - 0.5 ETP d'IPA en psychiatrie <u>OU</u> - 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 : VULNÉRABILITÉ		
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 <u>ou</u> 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.

BRIQUE 3 : VULNÉRABILITÉ		
Indicateurs	Description	Modalités de vérification
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 mise 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.	- Être 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.