CIRCULAIRE

CIR-12/2025

Date :
08/12/2025

Domaine(s) :
Gestion du dossier client professionnels de sante

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐
Provisoire	☐

Objet :
Centres de santé - présentation du nouvel accord national

Liens:

Liens externes :

Plan de classement :
P04 GESTION DU DOSSIER CLIENT PROFESSIONNELS DE SANTE

Emetteur(s) :
DDGOS / DDO

Pièces jointes : 3

à Mesdames et Messieurs les :

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

DCGDR ☒
Directeurs médicaux ☒ | Régionaux ☒

Pour mise en œuvre immédiate

Résumé :
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 par le Directeur général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), les présidents des organisations représentatives des centres de santé (ADEDOM, ADMR, C3SI, CANSSM, FNMF, FMF, FEHAP, FNCS, UNA) ainsi que par le Président de l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM).
Il est rentré en vigueur le 1er octobre 2025.

Mots clés :
Accord national ; Centres de santé;

La Directrice Déléguée à la Gestion et à l'Organisation des Soins

Marguerite CAZENEUVE

La Directrice Déléguée aux Opérations

Aurélie COMBAS-RICHARD

Objet : Centres de santé – présentation du nouvel accord national

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

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 par le Directeur général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), les présidents des organisations représentatives des centres de santé (ADEDOM, ADMR, C3SI, CANSSM, FNMF, FMF, FEHAP, FNCS, UNA) ainsi que par le Président de l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM).

En l'absence de publication au Journal officiel dans un délai de 21 jours à compter de la réception du texte par le ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles et le ministre chargé des comptes publics, l'accord national est réputé approuvé (article L. 162-15 du Code de la sécurité sociale). **Ainsi, les dispositions conventionnelles sont entrées vigueur le 1er octobre 2025 (notamment les dispositions relatives au dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical).** Les premières mesures financières vont se déployer progressivement à compter de 2026 selon les différents dispositifs présentés dans le document ci-après.

Le texte de l'accord est disponible sur « ameli.fr – rubrique gestionnaires des centres de santé – votre convention ».

Le texte de l'accord a été publié au Journal Officiel du 15 octobre 2025 (annexe 1)

La présente circulaire a pour objet de présenter les dispositions de ce nouvel accord, les mesures transitoires qu'il contient et les mesures immédiates à prendre par les caisses, compte tenu de l'entrée en vigueur de ce nouveau texte conventionnel.

Présentation de l'accord

Depuis février 2015, les centres de santé bénéficient d'un texte de référence conventionnel unique, pour tous les types de centres, polyvalents/médicaux mais également infirmiers et dentaires. Cet accord a bénéficié, depuis, d'évolutions à travers la signature de 5 avenants.

Arrivant à échéance à l'été 2025 et dénoncé par l'une des organisations représentatives des centres de santé, le texte conventionnel a fait l'objet d'une réécriture complète. Ainsi, les dispositions du nouvel accord national des centres de santé signé le 28 août 2025 viennent remplacer l'accord national de 2015 et ses avenants.

Cet accord comprend plusieurs mesures fortes qui visent à :

- Renforcer l'accès aux soins des publics les plus précaires à la fois, en revalorisant l'indicateur accompagnement publics vulnérables et en renforçant la majoration précarité ;
- Simplifier et consolider le dispositif de rémunération forfaitaire ;
- Inscrire le forfait médecin traitant et les revalorisations du dispositif assistant médical conformément à la convention médicale 2024 ;

- Valoriser l'implication des centres de santé pour l'accès aux soins des populations de leur territoire
- Valoriser l'implication des centres de santé dans la coordination des parcours de soins et la prévention
- Poser les jalons de l'intégration de nouveaux modes de rémunérations.

Titre préliminaire

Le titre préliminaire de l'accord national précise que le texte conventionnel s'applique à tous les centres de santé, quel que soit leur type.

L'accord s'attache à rappeler le cadre réglementaire des centres de santé et à préciser les « types » de centres de santé reconnus par l'accord national et pouvant bénéficier d'une rémunération forfaitaire.

Pour rappel, est considéré :

- Centre de santé médical : le centre de santé ayant une activité médicale exclusive ou quasi-exclusive (dont les recettes au titre de l'activité médicale représentent au moins 80 % des recettes totales du centre de santé),
- Centre de santé polyvalent :
  - soit le centre de santé ayant au moins une activité médicale et une activité d'auxiliaire médicale,
  - soit le centre de santé ayant une activité médicale et une activité d'une autre profession médicale (chirurgien-dentiste ou sage-femme) sans activité d'auxiliaire médicale,
- Centre de santé dentaire : le centre ayant une activité dentaire exclusive ou quasi-exclusive, c'est à dire dont les recettes au titre de l'activité dentaire représentent au moins 80% des recettes totales du centre de santé,
- Centre de santé infirmier : le centre ayant une activité infirmier exclusive ou quasi-exclusive, c'est à dire dont les recettes au titre de l'activité infirmier représentent au moins 80% des recettes totales du centre de santé.

TITRE 1 : L'exercice conventionnel

(Titre 1 de l'accord national – articles 9 à 16 de l'accord national)

1. Installation

Le nouvel accord vient repréciser la liste des documents attendus lors de l'installation du centre de santé. Ce dernier doit remettre les pièces administratives suivantes à la caisse (ainsi que les mises à jour ultérieures à l'installation) :

- La copie de son projet de santé (et les mises à jour, notamment sur le nombre de fauteuils pour les centres de santé avec activité dentaire) ;
- Ses statuts (et les mises à jour de ces derniers) ;

- Le récépissé d'engagement de conformité valant autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, établi par le directeur général de l'ARS et indiquant son numéro d'identification (numéro FINESS) attribué par l'ARS ;
- Les données relatives à l'identification administrative du centre de santé (raison sociale, adresse, et le nom du représentant légal) ;
- La liste des professionnels de santé salariés du centre (préciser les noms, prénoms et numéro RPPS des professionnels de santé salariés, ces informations devront être mises à jour à chaque changement en précisant les départs et arrivées de tous professionnels de santé salariés) et des personnels administratifs ;
- Les contrats de travail des professionnels de santé salariés ainsi que la preuve de leur inscription à l'Ordre, pour les professions relevant d'une profession ordinale.

Dans le cas où il s'agit d'un centre de santé ou d'une antenne ayant une activité dentaire, ophtalmologique ou orthoptique, le centre doit également remettre à la caisse d'assurance maladie l'agrément provisoire, puis, à l'issue du délai réglementaire, l'agrément définitif établi par le directeur général de l'ARS.

Au-delà de cette liste exhaustive, la caisse peut demander toute pièce justificative complémentaire permettant au centre de justifier de sa conformité avec la règlementation en vigueur (notamment les contrats de travail, ou à défaut les fiches de paies, concernant les personnels administratifs).

2. Modifications

Le centre de santé peut modifier sa spécialité initialement déclarée, au titre de l'année civile et ce, une fois par an. La caisse peut également modifier la spécialité d'un centre de santé lorsque celle-ci ne correspond pas à l'activité observée à partir des données issues du système d'information de l'assurance maladie au titre d'une année civile complète.

En cas de modification substantielle de ses conditions d'exercice correspondant notamment à :

- une modification du projet de santé
- du représentant légal du centre
- de la liste des professionnels de santé salariés (dont le numéro RPPS)

Le centre de santé s'engage à en informer la caisse dans un délai de 1 mois. Il en va de même en cas de fermeture ou d'arrêt d'activité.

3. Cas particuliers

Au-delà des types de centres de santé décrits à l'article 6.2 de l'accord national, certains centres de santé peuvent proposer une offre de soins à une population spécifique, tels que les centres de santé pour étudiants. Afin de tenir compte de leurs particularités de fonctionnement, le nouvel accord prévoit des dérogations dans le calcul de la rémunération (notamment pour l'atteinte de l'indicateur « accessibilité du centre »).

Pour les centres de santé implantés à Mayotte, l'accord prévoit une dérogation quant à la définition de leur patientèle de référence (patientèle médecin traitant) telle que décrite à l'article 20.1 de l'accord national.

Enfin, l'accord (article 12) prévoit l'organisation d'un groupe de travail sur le sujet des centres de santé accueillant des publics spécifiques (ex : centres de santé étudiants) avant la fin de l'année 2025.

4. Modalités de facturation et de prise en soins

Les tarifs applicables aux centres de santé sont ceux fixés pour chacune des professions de santé représentées dans les centres, dans les conditions prévues par le code de la sécurité sociale et les dispositions conventionnelles propres à chacune des catégories de professions concernées.

Le centre de santé s'engage à respecter l'opposabilité des tarifs d'honoraires dans les conditions fixées par les conventions applicables aux professions de santé libérales.

Par conséquent, et conformément aux dispositions de l'article L. 6323-1-7 du code de la santé publique, les médecins salariés des centres de santé ne peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires. Ils sont, en effet, assimilés aux médecins libéraux de secteur 1, dans la mesure où la reconnaissance des secteurs à honoraires différents est d'ordre conventionnel et déterminée uniquement par la convention médicale.

Par exception, les tarifs des actes bucco-dentaires de soins prothétiques et orthodontiques peuvent faire l'objet d'une entente directe avec le patient. Les centres de santé sont tenus également de respecter les honoraires limites de facturation.

Lorsque le centre de santé pratique des dépassements d'honoraires sur les actes bucco-dentaires, il s'engage à en informer systématiquement les assurés.

Conformément aux dispositions de l'article L.1111-3 du code de la santé publique, le centre de santé doit, avant l'élaboration d'un traitement pouvant faire l'objet d'une entente directe sur les honoraires, établir un devis présentant des informations précises et claires (comportant notamment : la description précise et détaillée du traitement envisagé et les matériaux utilisés ; le montant des honoraires, que l'acte soit remboursable ou non remboursable ; le montant de la base de remboursement, etc.). Le modèle de devis est établi en annexe 10 de l'accord national.

TITRE 2 : Les rémunérations forfaitaires

(Titre 2 de l'accord national – articles 17 à 27)

1. Principes de la rémunération forfaitaire commune à tous les centres de santé (articles 17 et 18)

Le dispositif de rémunération détaille les engagements spécifiques et les rémunérations afférentes pour chaque type de centre de santé (centre de santé médical ou polyvalent, centre de santé dentaire et centre de santé infirmier) grâce à la définition d'indicateurs.

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, les centres de santé ont pour vocation d'offrir des soins de premier recours. Ainsi, l'accord prévoit que les centres de santé dont les recettes au titre d'une seule et même activité de second recours (notamment l'activité « filière visuelle » d'ophtalmologie/orthoptique) représentent 50 % ou plus des recettes totales du centre, ne bénéficient pas de la rémunération forfaitaire (article 18). Pour les centres de santé approchant le taux d'activité minimum fixé, ils sont susceptibles de bénéficier d'une dérogation sous réserve de justification et après validation explicite par la CNAM. Les règles pour bénéficier de cette dérogation feront l'objet d'une doctrine partagée en CPN.

Afin de simplifier le dispositif de rémunération, la notion d'indicateurs « prérequis » a été supprimée et remplacée par les « engagements socles ». Ainsi, 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 :

- Favoriser l'accès aux soins,
- Renforcer la prévention (nouvel axe),
- Renforcer le travail en équipe et la coordination des professionnels de santé,
- 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.

Axe	Indicateur(s) socle(s)	Indicateurs optionnels
Accès aux soins	- Accessibilité des centres de santé - Réponses aux crises sanitaires graves	- Diversité de soins médicaux spécialisés - Diversité de soins paramédicaux - Installation en zone déficitaire - Maintien en zone déficitaire
Travail en équipe et coordination	- Fonction de coordination	- La formation des jeunes professionnels de santé - Les protocoles pluri-professionnels - Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre du service d'accès aux soins (SAS) - Patientèle ALD commune - Coordination externe - S'engager dans une démarche qualité - Implication des usagers - Proposer un accompagnement spécifique aux publics vulnérables
Prévention	- Missions de santé publique - relais d'information	- Animation des missions de santé publique - Santé environnementale
Système d'information	- Logiciels	- Recours aux téléservices et télétransmission - Dispositif de SCannérisation des ORdonnances « SCOR » - Equipements connectés

En annexe 3 de la présente circulaire, vous trouverez un descriptif des nouvelles mesures, des mesures supprimées et des mesures modifiées par rapport à l'ancien accord national des centres de santé.

Le guide méthodologique disponible sur « ameli.fr » sera mis à jour de ces nouveautés prochainement.

2. Principe de calcul de la rémunération (article 19)

La rémunération est versée sur la base d'un ensemble d'engagements déclinés en 4 axes et en fonction du type de centre de santé : centre médical ou polyvalent, centre de santé infirmier ou centre de santé dentaire.

La rémunération annuelle dépend de l'atteinte des résultats pour l'ensemble des engagements.

La période d'observation des engagements s'effectue par année civile. Le suivi du respect des engagements et le calcul de la rémunération sont proratisés en fonction de la date d'adhésion à l'accord national au cours de l'année civile de référence.

Les calculs des rémunérations variables sont établis soit en fonction du nombre de professionnels de santé soit sur la base d'une patientèle de référence moyenne, adaptée en fonction du type de centre de santé (médicaux et polyvalent, dentaires, infirmiers) dont la composition est détaillée respectivement dans les articles 20.1, 20.2 et 20.3 de l'accord national.

3. Dérogation à la règle du caractère obligatoire de certains critères (article 21)

Des exceptions sont prévues permettant aux centres de santé de prétendre au versement de la rémunération malgré la non atteinte de l'ensemble des indicateurs socles :

- **Lorsqu'il s'agit d'un centre de santé nouvellement créé, à savoir les structures ayant déposé leur projet de santé à l'ARS depuis moins d'un an à la date à laquelle ils sont adhérents à l'accord, ce dernier** prévoit la possibilité de valider les critères socles dès lors qu'a minima 2 indicateurs socles sont atteints. Cette dérogation est valable durant les deux premières années civiles où le centre de santé est régi par l'accord.
- **Lorsqu'un centre de santé disposant** d'un système d'information se voit retirer le référencement SEGUR de ce dernier, alors, le déclenchement de la rémunération intervient dès lors que les indicateurs socles sont atteints à l'exception de l'indicateur « Système d'information - logiciel ».

4. Publics précaires et vulnérables (articles 22 et 23)

Afin de mieux tenir compte des publics précaires et en situation de vulnérabilité, l'accord national :

- Renforce la majoration « publics précaires » en l'appliquant à l'ensemble des indicateurs de la rémunération (à l'exception des indicateurs suivants : « Installation en zones déficitaires » et « Maintien en zones déficitaires »). Cette majoration est calculée à partir des taux de précarité des centres de santé et étendue aux patients en ALD (hors CSS) conformément à l'article 22.

- Etend la variable de calcul de l'indicateur « Accompagnement des publics vulnérables » aux patients en ALD et aux patients bénéficiaires de l'AAH (en plus des patients CSS et AME). La

formule de calcul fera l'objet de travaux dans les prochains mois afin de tenir compte de manière équilibrée du poids de chaque taux pour les différents types de centre santé.

5. Les modalités de vérification du respect des engagements et de versement de la rémunération (articles 24 et 25)

Modalités de vérification du respect des engagements : Le centre de santé s'engage à transmettre à la caisse primaire d'assurance maladie l'ensemble des justificatifs permettant la vérification du niveau de réalisation des différents indicateurs de la rémunération. Cette transmission s'effectue sur une plateforme partagée (plateforme ATIH) entre les centres de santé, le ministère chargé de la Santé, les ARS, les caisses d'assurance maladie et la Cnam.

Modalités de versement de la rémunération : Sur la base des justificatifs produits par le centre de santé et des informations saisies sur la plateforme ATIH, permettant de vérifier le niveau de réalisation des engagements, la caisse nationale d'assurance maladie procède au calcul de la rémunération en fonction de ce niveau de réalisation comparé à l'objectif attendu.

Le versement de la rémunération calculée, selon ces modalités est effectué au plus tard le 30 avril de l'année qui suit celle servant de référence pour le suivi des engagements et ce, sous réserve que les justificatifs relatifs à la mise en œuvre des indicateurs aient été fournis par le centre de santé dans les délais prévus à l'article 16 de l'accord national.

Dispositif d'avance : Chaque année, via un dispositif d'avance, est versé au titre de l'année n, 60% du montant total de la rémunération sur la base des résultats obtenus à l'année n-1 (à l'exception des indicateurs « Installation en zones déficitaires » et « Maintien en zones déficitaires » dont les montants sont versés dans le solde en année N+1 et ne font pas l'objet d'avance pour les centres de santé polyvalents/médicaux et infirmiers).

Les centres de santé nouvellement créés bénéficient d'une avance correspondant au montant moyen de l'avance versée aux centres de santé (selon la spécialité) en année N-1 et proratisé en fonction de la date de création du centre.

6. Dispositions transitoires (article 25.2)

Afin de laisser une période d'adaptation aux centres de santé pour s'approprier les nouvelles modalités de rémunération, le solde de la rémunération 2025 et l'avance de la rémunération 2026 seront calculés selon les dispositions de l'accord national 2015. Pour les centres de santé visés à l'article 18 de l'accord national qui ont des recettes au titre d'une seule et même activité de second recours représentant 50% ou plus des recettes totales du centre, le solde de la rémunération 2025 sera calculé également selon les dispositions de l'accord national 2015, cependant aucune avance de la rémunération au titre de 2026 ne sera versée.

Ainsi, le premier versement tenant compte des nouveaux indicateurs décrits à l'article 18.1 de l'accord national interviendra en 2027 au titre de l'année 2026. Un dispositif d'accompagnement vers le nouveau modèle sera porté auprès des centres de santé perdants par les caisses primaires d'assurance maladie dont les modalités seront définies par les partenaires conventionnels.

7. Autres rémunérations forfaitaires complémentaires (articles 26 et 27)

L'accord national inscrit des travaux à mener courant 2026 pour inscrire des nouveaux dispositifs de rémunération qui devront être définis par la suite par voie d'avenant.

Ces engagements concernent :

- ✓ **La création d'un « contrat d'initiative Territoriale pour l'amélioration de l'offre de soins » (ITAOS) à destination des centres de santé polyvalents/médicaux et infirmiers.**

Le contrat d'initiative territoriale pour l'amélioration de l'offre de soins, a pour objectif de valoriser l'engagement du centre de santé pour l'accès aux soins sur un territoire en zone tendue en contrepartie d'objectifs portant en partie sur l'augmentation de l'offre de soins.

Ainsi, ce nouveau dispositif serait valorisé sous la forme d'une rémunération additionnelle à la rémunération forfaitaire spécifique (article 18), en contrepartie d'engagements complémentaires du centre de santé.

Les principaux blocs d'engagements identifiés à ce stade sont :

- L'augmentation de l'accès aux soins
- La pertinence et la qualité des soins
- La participation aux besoin de soins du territoire

Les partenaires conventionnels devront définir prochainement les indicateurs à suivre et les objectifs attendus ainsi que les valorisations afférentes. Les premiers travaux s'ouvriront à la fin de l'année 2025.

- ✓ **La création d'un forfait de santé publique sur des indicateurs de vaccination et dépistage**

Le parcours des patients et la prévention font partie des enjeux à relever dans les années à venir. C'est pourquoi les partenaires conventionnels, conscients de la place des centres de santé dans le système et de leur implication sur ces thématiques, ont souhaité valoriser sous la forme d'un nouveau forfait l'action des centres de santé en faveur de la vaccination et des principaux dépistages.

Il s'appuiera sur les indicateurs définis à l'article 34 à savoir :

- Pour la vaccination : grippe, covid, pneumocoque, ROR, méningocoque C, HPV
- Pour le dépistage : cancer du sein, cancer du col de l'utérus, cancer colorectal, diabète, MRC

Les travaux s'ouvriront en début d'année2026 afin de donner un cadre à ce dispositif (fixation des objectifs et valorisation afférente).

- ✓ **Les nouveaux modes de rémunération en cours d'expérimentations dites « article 51 »**

L'accord inscrit la volonté des partenaires conventionnels d'amorcer des discussions dès l'été 2026 lors de la parution des résultats de l'expérimentation PEPS V2 en vue d'une intégration dans le cadre conventionnel.

TITRE 3 : Améliorer l'accès aux soins de proximité

(Titre 3 de l'accord national – articles 28 à 33)

1. Télésanté (article 28)

Il est rappelé qu'un centre de santé conventionné ne peut pas réaliser son activité exclusivement à distance. En effet, le centre de santé, pour l'ensemble de ses activités, ne peut pas réaliser plus de 20% de son volume d'activité globale à distance (téléconsultations et téléexpertises cumulées) sur une année civile.

La commission paritaire nationale assurera un suivi de l'application de ce seuil et des sanctions prononcées, notamment pour les centres de santé rattachés à des sociétés de téléconsultations.

2. Dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical (article 29)

Le dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical a fait l'objet de modifications sur les points suivants :

- ✓ **Le mondant de l'aide est augmenté**

	Montants maximaux de l'aide pour 1 ETP assistant médical
1ère année	38 000€ (vs 36 000€)
2ème année	28 000€ (vs 27 000€)
3ème année et suivantes	22 000€ (vs 21 000€)
3ème année et suivantes : Montant majoré pour les centres de santé ayant une patientèle entre [P90 et P95]	26 000€ (vs 25 000€)

Montant fixe pour les centres de santé ayant une patientèle ≥ P95	38 000€ (vs 36 000€)

Le montant de l'aide est multiplié par le nombre d'ETP d'assistant médical.

Entrée en vigueur : les montants s'appliquent automatiquement à tous les contrats signés avant l'entrée en vigueur du nouvel accord national et toujours en cours à l'entrée en vigueur de celui-ci, et ce à date anniversaire des contrats.

- ✓ **Le plafond d'ETP assistant médical valorisé est augmenté**

L'embauche est possible à compter de 0,5 ETP d'assistant médical pour 1 ETP de médecin (généralistes et/ou autres spécialistes) **dans la limite de 8 ETP d'assistant médical** (vs 4 ETP assistant médical précédemment).

- ✓ **Le dispositif est adapté pour les centres de santé installés en zone d'intervention prioritaire (ZIP)**

Pour les centres de santé installés en ZIP, la limite de 0,5 ETP d'assistant médical financé par tranche de 1 ETP de médecin est modulée. Ainsi, il est possible de financer jusqu'à 2 ETP d'assistants médicaux pour 1 ETP de médecin pour les centres de santé répondant à des conditions cumulatives (installés en ZIP ; salariant des médecins qualifiés ou spécialistes en médecine générale ; ayant d'ores et déjà signé un contrat d'aide avec au moins un ETP d'assistant médical ; ayant atteint l'intégralité des objectifs de son contrat ; à partir de la 3e année de son contrat).

- ✓ **Dispositions transitoires**

Un nouveau contrat d'aide à l'emploi d'un assistant médical a été introduit en annexe de l'accord national intégrant ces nouveautés.

Règle générale : Les contrats d'aide à l'emploi en cours au moment de la publication du présent accord se poursuivent jusqu'à leur terme, sauf demande de résiliation par le centre de santé.

Le contrat arrivé à terme pourra être prorogé par voie d'avenant intégrant les nouvelles dispositions de l'accord national.

Lorsque le contrat d'aide à l'emploi d'un centre de santé est arrivé à son terme sans que ne soit signé un avenant au contrat, celui-ci sera clôturé.

Cas particulier : Les contrats d'aide à l'emploi signés dans les deux ans précédents la publication du présent accord, soit entre le 01/10/2023 et le 01/10/2025, peuvent être résiliés à date d'anniversaire par le centre de santé, jusqu'à la date du troisième anniversaire du contrat, afin de permettre au centre de santé d'adhérer au nouveau contrat (défini à l'annexe 15 de l'accord national).

3. Les aides démographiques (article 31)

Dans une logique de simplification, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats démographiques prévus par le précédent accord national pour les centres de santé polyvalents, médicaux et infirmiers au profit de valorisations automatiques décrites plus haut. Les contrats en cours au moment de l'entrée en vigueur du nouvel accord national, soit le 1er octobre 2025, se poursuivent jusqu'à leur terme. Néanmoins, les centres de santé peuvent décider de résilier à tout moment leur adhésion au contrat pour se voir appliquer les indicateurs démographiques décrits au point 1 du titre 2 de la présente circulaire.

Seuls les contrats démographiques à destination des centres de santé dentaires sont maintenus et repris dans le texte actuel aux annexes 18,19,20 et 21.

TITRE 4 : Améliorer la qualité des soins, renforcer la prévention et favoriser le parcours de soins du patient

1. Renforcer la prévention (article 34)

Afin de renforcer le rôle des centres de santé dans la mise en œuvre d'actions de prévention primaire ou secondaire, l'accord met à jour les programmes de prévention nationaux, tels que le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus ; le dispositif « Générations sans caries » ; les bilans de prévention aux âges clés de la vie ; le parcours de prévention « Mission retrouve ton cap ».

Les partenaires conventionnels ont également rappelé leur engagement dans l'amélioration de la santé mentale et donc leur volonté d'améliorer l'accompagnement psychologique des assurés via le dispositif « Mon soutien Psy » notamment pour réduire les freins financiers du dispositif, en travaillant à son évolution en lien avec le ministère en charge de la santé.

2. Evolution du forfait « médecin traitant » (FMT) (article 36)

Conformément à l'article L. 162-32-1 CSS et à la suite des évolutions de la convention nationale des médecins libéraux de 2024, l'accord national des centres de santé introduit le forfait médecin traitant (FMT) qui remplace le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) ;

Ce forfait rémunère le suivi au long cours du patient, en sus de la rémunération forfaitaire spécifique des centres de santé. Tous les patients, majeurs ou mineurs, pour lesquels le centre de santé est enregistré comme médecin traitant dans les bases de l'Assurance aladie sont pris en compte dans le calcul.

A. Forfait socle (FMT) et majorations patients en situation de précarité

Partie socle du FMT :

La **« partie socle »** du forfait unique (FMT) correspond à l'ensemble des montants versés au titre de la patientèle, à l'exclusion de toutes majorations (précarité, ZIP, …).

Ce forfait médecin traitant vient se substituer au FPMT (qui reste en vigueur jusqu'au 31 décembre 2025) à partir du 1er janvier 2026 et prévoit des revalorisations substantielles (cf tableau ci-dessous).

Patient		Rémunération annuelle	Rémunération annuelle si patient C2S
Patient sans ALD	Enfant âgé de moins de 7 ans	15 euros	25 euros
	Patient âgé de 7 à 74 ans	5 euros	15 euros
	Patient âgé de 75 à 79 ans	15 euros	25 euros
	Patient âgé de 80 ans et plus	55 euros	65 euros
Patient atteint d'une ou plusieurs affection(s) de longue durée telle(s) que définie(s) par le code de la sécurité sociale	Patient âgé de moins de 80 ans	55 euros	65 euros
	Patient âgé de 80 ans ou plus	100 euros	110 euros

Les montants présents dans le tableau ne sont pas applicables aux patients faisant partie de la patientèle médecin traitant du centre de santé qui n'ont pas eu d'actes facturés par un des médecins du centre de santé dans les deux années précédant la date du constat de la patientèle médecin traitant (du 31/12/n-3 au 31/12/n-1).

Désormais, pour les patients faisant partie de la patientèle médecin traitant mais qui n'auraient pas consulté dans les deux dernières années l'un des médecins du centre de santé déclaré médecin traitant, une rémunération de **5 €** est appliquée dans le cadre de ce forfait.

Eligibilité

Ce forfait est réservé aux centres de santé en activité au 31 décembre de l'année n-1 remplissant les deux conditions suivantes : être déclaré médecin traitant par au moins un patient du centre de santé et être conventionné auprès de l'assurance maladie.

Majoration C2S (précarité) :

Afin de valoriser la prise en charge des patients en situation de précarité, une **majoration de 10 €** est appliquée pour chaque **patient bénéficiaire de la C2S** (complémentaire santé solidaire) de la patientèle médecin traitant du centre de santé. Cette majoration n'est pas appliquée aux patients

n'ayant pas été vus dans les deux ans par l'un des médecins du centre de santé déclaré médecin traitant.

Modalités de versement :

La patientèle retenue pour le calcul du FMT est observée au 31/12/n-1. La rémunération du FMT (partie socle et majoration précarité) est versée en 4 fois, en année n à terme échu (fin du système d'acomptes du FPMT convention 2016).

B. Majorations propres au lieu d'installation du centre de santé

Ces majorations sont appliquées à la « partie socle » du FMT.

- ✓ Majoration ZIP et QPV (article 39 et 40)

A/ Les **centres de santé installés** au sein d'une zone définie par les ARS en tant que zone d'intervention prioritaire (ZIP) ou d'un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) bénéficient d'une majoration de **10%** de leur FMT socle de manière pérenne.

B/ Pour les **nouveaux centres de santé créés** en ZIP ou en QPV, une majoration est appliquée à la partie socle de leur FMT. Cette majoration est dégressive :

- **50%** au titre de la première année d'installation ;
- **30%** au titre de la deuxième année ;
- **10%** au titre de la troisième année.

Au-delà de la troisième année, les centres de santé bénéficient automatiquement de la majoration de 10% pour les centres de santé installés en ZIP ou en QPV décrite en A/.

Les majorations A/ et B/ ne sont pas cumulables.

C. Majorations prévention (article 38)

Le nouveau forfait médecin traitant inclut un volet prévention.

En remplacement de la ROSP, cette rémunération valorise le rôle du centre de santé déclaré médecin traitant dans la promotion de la santé et la coordination des actions de prévention auprès de sa patientèle. Les indicateurs concernent des actions telles que la vaccination, les dépistages, et le suivi de populations spécifiques ou de patients atteints de maladies chroniques.

Il repose sur des indicateurs de prévention, calculés pour chaque patient qui a déclaré le centre de santé comme médecin traitant. Chaque indicateur validé donne lieu à une rémunération d'un montant de 5 euros.

Les indicateurs sélectionnés reposent sur les principes suivants :

- **Pertinence** : les indicateurs sont des priorités de santé publique et suivent des recommandations scientifiques.

- **Mesurabilité et transparence** : chaque indicateur et sa méthodologie de mesure sont définis et décrits conformément aux dispositions de la convention médicale et s'appliquent aux centres de santé dans les mêmes conditions.

La liste des indicateurs figure en annexe 2 de la présente circulaire.

Entrée en vigueur du dispositif :

- Le dispositif mentionné ci-dessus prendra effet **à compter du 1er janvier 2026.**
- En 2025, les dispositions concernant la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) décrites dans l'accord national 2015 restent en vigueur. Ainsi, il revient aux centres de santé de saisir sur la plateforme ATIH en janvier 2026 les données relatives aux indicateurs déclaratifs de la ROSP pour l'année 2025. A partir de 2027, ces données ne seront plus à renseigner.

TITRE 5 : Modalités des échanges entre l'Assurance maladie et les centres de santé

1.Tiers payant

Conformément à l'article L.6323-1-7 CSP, les centres de santé pratiquent le mécanisme du tiers-payant : les parties signataires considèrent que cela constitue l'un des facteurs majeurs favorisant l'accès aux soins et contribuant à améliorer la prise en soins des patients, particulièrement lorsqu'ils se trouvent en situation de fragilité (sanitaire, sociale ou financière).

Afin de faciliter la gestion du tiers-payant, les centres de santé s'engagent :

- à mettre à niveau leurs logiciels pour répondre aux évolutions de la réglementation, telle que la mise en œuvre du tiers-payant intégral pour les patients bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé solidaire (C2S) et à terme pour l'ensemble des assurés ;
- à identifier le professionnel de santé salarié ayant effectué les actes sur la feuille de soins (électronique ou support papier) en indiquant notamment le numéro d'immatriculation au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé.

Le non-respect de ces engagements, peuvent faire l'objet de sanctions dont la procédure est décrite à l'article 74.

2.Les échanges en ligne

Dans la continuité de l'accord précédent, le nouvel accord national entend continuer à favoriser l'utilisation des échanges électroniques dans le cadre de la facturation des actes réalisés par les professionnels de santé salariés des centres.

Ainsi, la facturation des actes et prestations des professionnels de santé des centres de santé s'effectue par principe selon une transmission électronique sécurisée grâce au service de la télétransmission des feuilles de soins pour les assurés sociaux (système SESAM-Vitale).

Dans ce cadre, les centres de santé s'engagent également à soutenir le développement de l'application carte Vitale en s'équipant de matériel compatible et en accompagnant leurs patients dans son utilisation.

Pour ce qui relève de la consultation des droits en cas d'absence de présentation de sa carte vitale (physique ou dématérialisée) par le patient, le centre de santé utilise les dispositifs d'accès des droits en ligne « ADRi ou CDR » visé à l'article 62 du nouvel accord.

Usage de la carte professionnelle de santé (CPS)

Le centre de santé s'engage à respecter les règles en vigueur relatives à l'usage des cartes professionnelles de santé (CPS) qu'il utilise conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'assurance maladie s'engage à financer pour chaque centre de santé :

- 1 carte de directeur d'établissement,
- les cartes de personnel d'établissement,
- les cartes « CPS » des professionnels de santé réalisant des FSE

Règles de télétransmission de la facturation et principes généraux des feuilles de soins électroniques

La facturation en centre de santé s'effectue via les feuilles de soins électroniques (FSE) en télétransmission. La FSE sécurisée est le mode de facturation privilégié dans les centres de santé. La facturation papier doit rester exceptionnelle.

Le nouvel accord renouvelle les engagements des centres de santé et de l'Assurance Maladie sur ces points.

3.Les téléservices

Les parties signataires s'engagent à soutenir le développement des futurs téléservices afin de continuer à faciliter les échanges entre les centres de santé et l'Assurance Maladie.

Les services suivants sont ouverts aux professionnels exerçant en centres de santé :

	Services « Mon activité » et « Echanges »	**Services « Patients »**
Directeur (connexion en login/mot de passe)	Paiements, Convention, Patientèle (sans l'onglet « Prévention »), Commandes de dispositifs, Commandes d'imprimés, Contacter l'Assurance Maladie, Réclamations paiements	
Médecin	Convention, Patientèle MT, Contacter l'AM, Echanges médicaux sécurisés, SOS IJ (uniquement dans les départements déployés), viaTrajectoire	AAT (avis d'arrêt de travail) , CM AT/MP(certificat médical arrêt de travail/maladies professionnelles), ALD (affections longue durée), DSG (déclaration simplifiée de grossesse), DMT (déclaration médecin traitant), HR

		(historique de remboursement), Prescription de transport (SPE), Accompagnement à la Prescription, BSI (bilan de soins infirmiers -accès aux avis), accès au web DMP
Chirurgien-dentiste	Contacter l'AM	AAT, CM AT/MP, ALD (consultation), EBD (examens bucco-dentaires), *accès au web DMP*
Sage-femme	Convention, Contacter l'AM	AAT, CM AT/MP, ALD (consultation), DSG, accès au web DMP
Infirmier	Convention, Contacter l'AM	ALD (consultation), BSI, accès au web DMP

4.Les actions d'accompagnement

Ces actions se déclinent selon les besoins des centres de santé et en coordination au sein des caisses.

L'Assurance Maladie met en place un accompagnement dédié :

- Lié au déploiement et à l'usage des offres numériques en santé, au travers des Délégués du Numérique en Santé (DNS) dont la mission est de faciliter l'usage des offres de services numériques en santé et des téléservices, mais aussi d'accompagner sur la qualité des flux de télétransmission et les démarches de dématérialisation afin d'éviter les rejets ou une interruption de la télétransmission.
- Lié à l'application de l'Accord National
    - Dans le cadre du conventionnement du centre de santé afin de faciliter son installation,
    - Dans les 6 mois suivant le conventionnement un échange est proposé au centre par la caisse afin de l'accompagner dans ses pratiques de mise en œuvre de l'accord national en fonction de ses spécificités (centres de santé infirmier, polyvalent, médical et dentaire),
    - Tout au long de la vie conventionnelle sur tous les sujets pertinents et en fonction des besoins (analyse partagée de la rémunération conventionnelle du centre, du bon usage des offres de services numériques de l'Assurance Maladie au sein de la structure, des actions mises en œuvre dans le cadre de l'accord national, accompagnement ayant pour objet de faciliter la pratique quotidienne des centres de santé et principalement la gestion du tiers-payant …).

Cet accompagnement sera construit en coordination avec les représentants des centres de santé lors d'un groupe de travail sur l'année 2026.

TITRE 6 : Vie conventionnelle

(Titre 6 de l'accord national – articles 71 à 80)

1.Composition des instances (articles 69 et 70.1)

L'accord national prévoit la mise en place des instances suivantes :

- Une commission paritaire nationale (CPN) et un comité technique paritaire permanent national spécifique (CTPPN) placé auprès d'elle ;
- Une commission paritaire régionale (CPR) dans chaque région administrative (hors Ile-de-France) ;
- Une commission paritaire départementale (CPD) dans chaque département de la région Ile-de-France.

Pour qu'une commission soit valablement installée, les 9 sièges des membres titulaires de la section professionnelle et de la section sociale doivent être pourvus.

En effet, le nombre de siège doit être égal au nombre total d'organisations représentatives signataires. Ainsi, à la suite de la signature du présent accord national par 9 organisations représentatives des centres de santé, les compositions des commissions doivent être revues.

Siège également à la commission paritaire nationale, avec une voix délibérative, un représentant de l'UNOCAM, suite à leur signature de l'accord national des centres de santé.

Les commissions doivent être mises en place, avec cette nouvelle composition, dans les 2 mois suivant l'entrée en vigueur de l'accord national. La Commission paritaire nationale devrait se tenir le 11 novembre 2025.

2. Examen des manquements (article 73)

Dans un objectif de lutter contre les déviances du modèle centre de santé, de nouveaux griefs ont été intégrés dans la liste des manquements, tels que :

- La pratique, de façon répétée, de la dispense d'avance de frais sans la carte Vitale (physique ou application mobile) ;
- Le défaut d'information de la caisse sur la modification des statuts, de l'organisme gestionnaire ou du représentant légal ; le défaut d'information de la caisse sur la liste des professionnels de santé salariés du centre et de communication de leurs contrats de travail et des éventuelles modifications ;
- Le fait d'avoir empêché ou tenté d'empêcher l'exercice des activités de contrôle d'un organisme d'assurance maladie et du service médical pour lesquels ils sont habilités.

Dispositifs inchangés

Certains dispositifs de l'accord national 2015 et ses avenants perdurent avec l'entrée en vigueur du nouvel accord et ne sont donc pas développés au sein de la présente circulaire.

Les modalités de mise en œuvre de ces dispositifs restent les mêmes.

Parmi les dispositifs inchangés on retrouve notamment :

- Les dispositifs en faveur du déploiement du métier d'infirmier en pratique avancée
- Les dispositifs de régulation du conventionnement des centres de santé dentaires et infirmiers
- Les missions des sages-femmes référentes en centre de santé
- Les contrats démographiques pour les centres de santé dentaires

Annexes

Annexe 1 : Avis relatif à l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'Assurance maladie – JO du 15 octobre 2025.
Annexe 2 : Indicateurs de prévention du forfait médecin traitant.
Annexe 3 : Tableau récapitulatif des indicateurs de la rémunération forfaitaire spécifique.