

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

25 octobre 2024

PLFSS POUR 2025 - (N° 325)

Commission	
Gouvernement	

**AMENDEMENT**

N ° 2003

présenté par  
M. Bouyx

-----

**ARTICLE 27**

I. – À la deuxième ligne de la seconde colonne du tableau de l’alinéa 2, substituer au nombre :

« 111,6 »

le nombre :

« 111,5 ».

II. – En conséquence, à la sixième ligne de la même colonne du même tableau du même alinéa 2, substituer au nombre :

« 6,6 »

le nombre :

« 6,7 ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet amendement vise à alerter sur la crise budgétaire que traversent trois quarts des centres de santé non lucratifs, et vise à y répondre, à court terme, en ouvrant la possibilité de dégager des crédits d’urgence pour éviter des fermetures pour ruptures de trésorerie (déjà en cours et constatées sur plusieurs territoires).

Reconnaître de manière concrète l’apport déterminant de ces structures, c’est aussi défendre une certaine vision du service public de santé. Car, en faisant reculer concrètement les inégalités sociales et territoriales en santé, notamment dans les quartiers populaires, agglomérations et métropoles, les centres de santé non lucratifs assument pour notre pays une mission essentielle.

---

C'est donc un grand paradoxe que, malgré le bénéfice global que leurs missions garantissent à notre société tout entière (prévention, universalisme, tiers-payant), leur fragilité économique soit telle que la survie même d'un grand nombre de structures soit aujourd'hui en jeu.

Ils concrétisent pourtant un certain nombre de principes essentiels pour l'accès aux soins de toutes et tous :

- \* Un principe de non-lucrativité et de tiers-payant sans dépassement d'honoraire, qui nécessite une approche particulière face à des centres de soins non programmés qui revendiquent une terminologie proche mais qui ne sont pas soumis aux mêmes sujétions ;
- \* Un principe de lutte contre les inégalités sociales et territoriales, une grande partie des patients accueillis en centres de santé résidant dans des quartiers prioritaires eux aussi confrontés à la désertification, et souvent en situation de plus grande précarité et éloignés du soin : le rapport "Charges et produits 2025" de l'Assurance maladie (Juillet 2024) rappelle ainsi que "Les centres de santé se distinguent nettement des autres structures et cabinets libéraux, notamment par la spécificité de la patientèle. En effet, le degré de précarité sociale de la patientèle ressort comme étant plus nettement élevé que pour l'exercice libéral au niveau national." ;
- \* Un principe d'accueil inconditionnel des populations, sans sélection des patients suivant leur profil ou suivant leur pathologie, et sur une grande amplitude horaire ;
- \* Un principe de suivi régulier, alors que 800.000 personnes souffrant d'une affection de longue durée étaient sans médecin traitant fin 2023, et que le même rapport de l'Assurance maladie rappelle que "la patientèle fréquentant les centres de santé semble être moins fréquemment suivie par un médecin traitant." ;
- \* Un principe de pertinence des soins, alors que certaines études « font état de l'inutilité de 20 à 30 % des dépenses de santé réalisées dans les pays de l'OCDE » ;
- \* Un principe de coordination, notamment avec les autres structures d'exercice coordonné tout aussi essentiel que constituent les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), et avec les communautés professionnelles territoriales de santé, au service d'un projet territorial de soin ;
- \* Le temps passé en amont, que ce soit en matière de prévention ou de prise en charge globale, doit permettre de ne pas faire peser sur le seul hôpital public, dernier recours, les conséquences de l'éloignement du soin des territoires et des populations les plus éloignées des structures de santé.

Ces ambitions ont un coût – celui du temps passé et de l'attention portée – difficilement soluble dans une logique exclusive de tarification à l'activité qui, quoique pertinente pour d'autres types d'établissements, contrevient au principe même de fonctionnement de centres de santé qui accueillent une population plus défavorisée que les autres intervenants du soin primaire.

Le présent amendement vise donc à alerter sur la nécessité d'apporter une réponse urgente à la situation économique de nombreux centres dont les fermetures – pour certaines déjà effectives –

---

laisseraient de nombreux patients, déjà parmi les plus éloignés du soin, sans solution. Au détriment de l'ensemble du système de soin et de notre cohésion sociale et territoriale.

Il propose ainsi, la création d'un Fonds d'urgence pour les centres non-lucratifs répondant aux engagements et sujétions d'intérêt général évoqués ci-dessus, et qui seront précisés pour déterminer l'éligibilité à ces crédits.

Un rapport IGAS de novembre 2022, relatif à la situation des centres de soins infirmiers, pointait déjà leur grande difficulté (« Evaluation de la situation économique et des perspectives de développement des centres de soins infirmiers dans l'offre de soins de proximité ») et appelait à « un soutien financier d'urgence à apporter pour sécuriser les CSI en difficultés à très court terme ». Il était chiffré à 34 millions d'euros pour les 520 CSI.

Le même rapport pointait une situation plus dégradée encore dans les centres de santé polyvalents, confirmée par la récente étude ACE portée par les organisations représentatives des centres de santé (RNOGCS) : « plus de 3/4 des centres analysés présentent un déséquilibre d'exploitation entre 0 et 20% » (soit environ 900).

Au vu de ces éléments, le montant de ce Fonds serait porté à 100 millions d'euros pour l'année 2025 (ce qui est encore probablement sous-évalué).

Il ne s'agit que d'une première étape avant une indispensable évolution des modes de tarification de ces centres, intégrant une logique plus adaptée au temps d'accompagnement global nécessaire des patients.

Il sera particulièrement nécessaire, au plus vite, de pérenniser, soutenir et généraliser les expérimentations de tarifications (PEPS et SECPA) qui ont fait leur preuve, afin de permettre de sécuriser un modèle économique fondé sur le bénéfice social et financier (notamment en matière de coûts évités par une réelle logique préventive) de l'attention aux patients.

Afin de ne pas augmenter l'ONDAM général il est proposé parallèlement de diminuer à due concurrence le sous objectif « soins de villes » : dans les faits, les centres de santé relevant des soins de ville, cette ligne ne sera pas diminuée mais sa partie « Fonds d'urgence » sera fléchée vers un mode de territorialisation (FIR) plus adapté à l'urgence de la situation, à l'hétérogénéité des centres non lucratifs imposant une forte proximité territoriale et au bon suivi de la mesure (celui du Fonds d'intervention régional, qui vise justement « une plus grande souplesse de gestion », une « meilleure transversalité », une « meilleure orientation en fonction des besoins des territoires », ainsi que « le renforcement de l'offre de soins sanitaire et médico-sociale, la prévention ou encore la sécurité sanitaire des populations »). Objectifs que partage aussi cette proposition.