

ASSEMBLÉE NATIONALE

30 novembre 2025

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2026 - (N° 2141)

Commission	
Gouvernement	

Tombé

N° 716

AMENDEMENT

présenté par

M. Neuder, Mme Corneloup, Mme Minard, Mme Sylvie Bonnet, M. Ray et Mme Fruchon

ARTICLE 21

Substituer aux alinéas 36 à 41 les douze alinéas suivants :

« *Art. L. 6323-6.* – Une structure spécialisée en soins non programmés est une structure sanitaire de proximité assurant, notamment à titre principal, des soins aigus de premiers recours non programmés relevant de la spécialité de médecine générale.

« Cette structure spécialisée en soins non programmés peut être créée selon les besoins départementaux définis par les schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Elle s'implante en priorité dans les zones avec une offre de soins insuffisante mentionnées à l'article L. 1434-4.

« Une structure spécialisée en soins non programmés peut notamment être constituée en cabinet médical, en maison de santé pluriprofessionnelle ou en centre de santé. Elle est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, dont un ou plusieurs médecins spécialistes en médecine générale exerçant dans la structure, et, le cas échéant, des auxiliaires médicaux, exerçant à titre libéral ou salarié.

« Les structures spécialisées en soins non programmés sont soumises à l'agrément du directeur général de l'agence régionale de santé, après avis de l'organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie territorialement compétent, de l'avis conforme du conseil de l'ordre compétent.

« La structure de soins non programmés ne doit opérer aucune distinction dans la prise en charge de patients et des pathologies et prend en charge les patients sans médecin traitant.

« Les membres s'engagent à respecter un cahier des charges, déterminé par un arrêté du ministre chargé de la santé après consultation des représentants des professionnels de santé, relatif aux principes d'organisation et aux caractéristiques de son exercice, à l'accessibilité de ses locaux et de

ses services, aux délais de prise en charge, à l'orientation des patients dans le parcours de soins et aux prestations minimales attendues en secteur ambulatoire sur le territoire.

Ces structures ont accès à des plateaux techniques d'imagerie et de biologie médicales à proximité ou en disposent.

Ces structures pratiquent le mécanisme du tiers payant mentionné à l'article L. 160-10 du code de la sécurité sociale et ne facturent pas de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative ou des tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du même code.

« Les professionnels de santé membres de la structure élaborent et signent un projet de prise en charge des soins non programmés compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2 et précisant leur intégration dans l'organisation territoriale des soins, notamment dans les communautés professionnelles territoriales de santé, au sens de l'article L. 1434-12, s'il en existe une sur le territoire sur lequel elles sont implantés, et leurs engagements concernant le service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3 et la permanence des soins ambulatoires prévue à l'article L. 6314-1.

« Les professionnels de santé exerçant au sein de la structure le déclarent à l'agence régionale de santé et aux organismes gestionnaires de régime de base d'assurance maladie et à leur ordre professionnel.

« La structure spécialisée bénéficie d'un financement forfaitaire spécifique versé par l'assurance maladie dont le montant, déterminé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, tient compte notamment du nombre de patients accueillis par an et du respect des activités médicales relevant du champ conventionnel.

« Les conditions d'application du présent article, notamment la définition de l'activité de soins non programmés, et les conditions d'agrément sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'émergence de cabinets de soins non programmés (CSNP), sous des intitulés divers et variés, répond à des difficultés d'accès à des soins non programmés et aussi à l'aspiration de certains médecins pour de nouveaux modes d'exercice.

Les CSNP doivent donc être regardés comme des cabinets de groupe recevant des patients en premier recours, quasiment sans rendez-vous, sans régulation, ni coordination des parcours de santé et de prise en charge, et parfois en opérant des tris entre les pathologies aiguës non programmées (médicales et accidentologie-traumatologie) et, de fait, les pathologies chroniques.

En outre, chaque CSNP doit obligatoirement compter au moins deux médecins spécialistes en médecine générale parmi son personnel. D'autres médecins spécialistes peuvent également y exercer, à l'exception des médecins spécialistes en médecine d'urgence. Une telle autorisation pour ces derniers risquerait en effet de les détourner des hôpitaux, aggravant ainsi les difficultés déjà rencontrées par les services d'urgence hospitaliers. Par ailleurs, l'activité des médecins exerçant au sein des CSNP doit impérativement s'inscrire dans le cadre conventionnel.

La fixation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs d'implantations pour les CNSP par les ARS après avis des conseils départementaux des ordres concernés et fondés sur les besoins de santé des territoires ; la participation systématique de ces centres à la permanence d'accès aux soins ambulatoires (PDSA) et leur nécessaire intégration dans le SAS ; la présence de médecins généralistes de premier recours ambulatoire ; qu'aucun tri de patients ni par pathologies ne soit réalisé : accès pour toutes et tous ; que tous les patients sans médecins traitants et sans autre recours y soient pris en charge.

Cette régulation, soutenue également par la FHF[1]est essentielle pour garantir une coordination avec les autres acteurs de santé, préserver les ressources humaines et matérielles des services d'urgence, assurer une distribution équitable des soins, renforcer l'efficacité du système de santé, et éviter les dérives qui pourraient fragiliser l'offre de soins à long terme.

Le PLFSS créé ces structures et donne ainsi un cadre aux CNSP.

Toutefois, compte tenu des risques de financiarisation de ces structures et des dérives qui en découlent, mais également des risques de perturbation de l'organisation des soins dans les territoires, il apparaît nécessaire de transposer le cadre juridique de l'agrément, qui existe aujourd'hui pour les centres de santé ophtalmologiques, à ces structures.

Ainsi, il est proposé de modifier l'article L. 6323-6 du code de la santé publique créé par le PLFSS.