

N° 955
SÉNAT

2025-2026

Enregistré à la Présidence du Sénat le 17 septembre 2026

PROPOSITION DE LOI

visant à pérenniser les structures d'exercice coordonné participatives,

PRÉSENTÉE

Par Mme Anne SOUYRIS, M. Ian BROSSAT, Mmes Mireille JOUVE, Marie-Claude LERMYTTE, Émilienne POUMIROL, Olivia RICHARD, MM. Guy BENARROCHE, Grégory BLANC, Ronan DANTEC, Thomas DOSSUS, Jacques FERNIQUE, Guillaume GONTARD, Mme Antoinette GUHL, M. Yannick JADOT, Mme Monique de MARCO, M. Akli MELLOULI, Mmes Mathilde OLLIVIER, Raymonde PONCET MONGE, M. Daniel SALMON, Mmes Ghislaine SENÉE et Mélanie VOGEL,

Sénatrices et Sénateurs

*(Envoyée à la commission des affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle
d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)*

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

Cette proposition de loi a pour objet d'inscrire dans le droit commun les structures d'exercice coordonné participatives (SECPa). Ces structures d'exercice coordonné participatives, dont la première a vu le jour à Toulouse il y a vingt ans cette année, ont fait l'objet d'une expérimentation éponyme, dans le cadre défini par l'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, visant à établir une structure de financement adaptée à ce modèle innovant dans le système de santé de premier recours. Elles proposent une prise en charge globale aux habitants des territoires marqués par de fortes inégalités sociales et sanitaires, notamment au sein des quartiers prioritaires de la ville (QPV), pour preuve les files actives des centres de santé dans les SECPa présentent des taux de patients à la C2S très importants : 42 % en moyenne contre 17 % pour les centres de santé polyvalents. Partant des besoins et des réalités matérielles de vie des habitants, le projet de santé de ces structures implique les usagers et l'équipe pluriprofessionnelle composée de professionnels de la santé et du social. Une telle organisation permet de proposer aux usagers un suivi qui soit à la fois médical, psychique et social et surtout de les mobiliser individuellement et collectivement dans l'amélioration des déterminants de leur santé.

Le dispositif nécessite un financement annuel évalué à seulement 12 millions d'euros dans son périmètre expérimental, un chiffre qui semble bas au regard des missions et des exigences auxquelles celui-ci répond. Ces structures garantissent en effet la mise en place d'une organisation adaptée au territoire concerné proposant *a minima* :

- des démarches « d'aller-vers » ;
- un travail en réseau avec les acteurs du sanitaire, du médico-social et du social ;
- un accueil spécifiquement adapté aux personnes exposées à des vulnérabilités ;
- une offre de soutien psychologique ;

- une offre de médiation en santé ;
- un accompagnement social ;
- une offre d'interprétariat ;
- des actions de prévention et de promotion de la santé.

Toutes ces spécificités offrent aux structures d'exercice coordonné participatives la possibilité de répondre de manière adaptée, en particulier aux besoins des publics exposés à des vulnérabilités (familles monoparentales, personnes en situation migratoire, mineurs isolés, etc.)

Le cadre de l'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 permet le financement de divers types d'expérimentations innovantes par la Sécurité sociale. Pensé comme un levier de transformation du système de santé, cet article 51 permet de soutenir de nouveaux modes organisationnels permettant d'améliorer le parcours de soins des patients. Son objet était également de soutenir la pérennisation des expérimentations dont les externalités positives auraient été évaluées, et ainsi de les inscrire dans le droit commun.

Autorisées par un arrêté du ministère de la santé en 2021, 26 structures d'exercice coordonné participatives existent aujourd'hui sur le territoire français. Ces expérimentations ont le plus souvent pris place au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou de centres de santé (CDS). Ces structures, pour la plupart, effectuaient d'ores et déjà les missions qui sont associées aux structures d'exercice coordonné participatives. Elles le faisaient au gré de leurs moyens : l'expérimentation leur a ainsi offert une reconnaissance institutionnelle ainsi qu'un cadre réglementaire et des moyens financiers standardisés.

L'expérimentation a fait l'objet d'une évaluation favorable sous la responsabilité de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère chargé de la santé et de la Caisse nationale de l'assurance maladie. En se basant sur cette évaluation, le Conseil stratégique de l'innovation en santé (chargé de définir les grandes orientations de l'article 51) a rendu un avis favorable au passage au droit commun en avril 2025 : celui-ci juge les structures d'exercice coordonné participatives comme « *efficaces dans leur capacité à atteindre les populations ciblées et à s'inscrire au sein de leur territoire* » et constate une « *dynamique incontestable* ».

L'arrêté du 18 avril 2025, ouvrant la période transitoire à la suite de l'avis favorable du Conseil stratégique de l'innovation en santé, prévoyait

une prolongation possible jusqu'au 30 octobre 2026. Une fois passée cette date, et si leur entrée dans le droit commun n'est pas permise, aucun financement n'est garanti aux structures d'exercice coordonné participatives.

Alors que 80 % de l'état de santé d'un individu tient de son environnement¹, le système de santé français reste davantage axé sur le traitement des maladies que sur la prévention. En proposant une approche globale d'accompagnement médico-psycho-social, les structures d'exercice coordonné participatives répondent à l'exigence de refonte de notre système de santé. La mise en place d'une telle prise en charge auprès des publics les plus fragiles permet d'éviter des dépenses pour l'Assurance maladie ainsi qu'un coût social lié à la désaffiliation que peut engendrer un éloignement du système de soins. En effet, l'errance médicale coûte cher. La mauvaise observance des traitements est également coûteuse, en particulier par une fraction importante des 20 millions de patients traités pour une maladie chronique².

Il tient alors de l'impératif de la démocratie en santé de pérenniser ces structures. La démocratie en santé peut être comprise comme *« promotion des droits individuels et collectifs des usagers et vise à impliquer les acteurs du système de santé ainsi que les populations dans la conception, l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé »* selon la Conférence nationale de santé. Par ailleurs, la démocratie en santé est inscrite au sein de la stratégie nationale de santé 2023-2033 comme l'un des 12 enjeux prioritaires.

Ainsi, cette proposition de loi vise à créer une mission spécifique « structure d'exercice coordonné participative » pouvant être exercée par l'ensemble des structures d'exercice coordonné du premier recours en santé (CDS ou MSP). Au vu des objectifs de santé publique poursuivis et de la réalisation effective de ceux-ci, pérenniser les structures d'exercice coordonné participatives actuelles, et permettre le déploiement de nouvelles structures là où les besoins sont identifiés, apparaît comme une nécessité.

L'**article unique** de cette proposition de loi propose de créer une mission spécifique « structure d'exercice coordonné participative » au sein du livre III de la sixième partie du code de la santé publique. Cette mission pourra être exercée par les centres de santé, par les maisons de santé pluriprofessionnelles ainsi que par les établissements de santé assurant le service public hospitalier. La négociation entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les parties prenantes permettra, sur la base des

¹ Selon Yannick Nadesan, président du Réseau français Villes-Santé

² 9,3 milliards € selon IMS Health en partenariat avec le Cercle de réflexion de l'industrie pharmaceutique (CRIP)

éléments consolidés pendant la période transitoire, d'établir le cahier des charges auquel devront répondre les structures d'exercice coordonné participatives (SECPa) en vue d'adhérer à la convention ainsi que le mode de financement adéquat.

Les articles L. 6323-6 et L. 6323-7 nouveaux, insérés dans le code de la santé publique par le 1° du paragraphe I, fixent le cadre général des SECPa.

L'article L. 6323-8 nouveau, également inséré dans le code de la santé publique par le 1° du paragraphe I, reprend toutes les dérogations nécessaires au fonctionnement des SECPa, telles qu'elles avaient été insérées dans le II de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale par l'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

L'article L. 6141-3-1 nouveau, inséré dans le code de la santé publique par le 2° du paragraphe I, ouvre la possibilité aux établissements de santé assurant le service public hospitalier de constituer une SECPa. Pour ces derniers, la SECPa pourrait être gérée directement sous la forme d'un service dont les charges sont retracées dans un budget annexe, à l'instar des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Elle pourrait également être gérée par l'intermédiaire d'une personne morale créée à cet effet, telle qu'un groupement d'intérêt public ou une société commerciale dont l'établissement public de santé exercerait le contrôle. La personne morale ainsi créée pourrait bénéficier de règles de gouvernance associant largement ses usagers. Cette faculté ouverte aux établissements de santé de créer des SECPa permettrait de pallier l'insuffisance de l'initiative privée dans certains territoires, notamment dans le contexte du retrait des grands opérateurs historiques de la gestion des centres de santé.

Le II modifie le code de la sécurité sociale pour donner une base légale aux stipulations conventionnelles qui fixeront à la fois le cahier des charges des SECPa en vue de leur adhésion à la convention et les modalités particulières de leur financement en sus des tarifs des actes et consultations et en sus des financements existants pour les centres de santé et les maisons de santé pluriprofessionnelles.

Le III prévoit un dispositif transitoire pour les structures d'exercice coordonné participatives existantes.

Enfin, l'article unique gage la proposition de loi.

Proposition de loi visant à pérenniser les structures d'exercice coordonné participatives

Article unique

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Après le chapitre III *quater* du titre II du livre III de la sixième partie, il est inséré un chapitre III *quinquies* ainsi rédigé :
- ③ « CHAPITRE III QUINQUIES
- ④ « **Structures d'exercice coordonné participatives**
- ⑤ « Art. L. 6323-6. – Les centres de santé et les maisons de santé ainsi que les établissements de santé assurant le service public hospitalier agissant à la demande de l'autorité administrative peuvent exercer des activités de soins médicaux et paramédicaux de premiers recours dans un cadre participatif, dit de “santé communautaire”, soit directement, soit en créant une personne juridique distincte. Le centre de santé, la maison de santé, le service de l'établissement de santé ou la personne morale créée à cet effet peut prendre la dénomination de “structure d'exercice coordonné participative”.
- ⑥ « Ces activités s'intègrent dans une prise en charge globale, coordonnée et centrée sur les besoins des usagers, par la mobilisation combinée de ressources médicales, paramédicales, sociales, administratives et éducatives.
- ⑦ « La structure mentionnée au premier alinéa propose un accueil adapté aux personnes vulnérables, un soutien psychologique, une offre de médiation en santé ainsi que des actions d'aller-vers, de prévention et de promotion de la santé, d'accompagnement social et d'interprétariat professionnel ayant pour finalité l'amélioration des déterminants de la santé des patients. Elle s'appuie sur un projet de santé issu d'un travail collaboratif entre patients et professionnels de santé et sur une démarche participative et un travail en réseau avec les acteurs du territoire. Elle s'adresse aux personnes sollicitant une prise en charge médicale, paramédicale ou médico-sociale relevant de la compétence des professionnels y exerçant.
- ⑧ « L'exercice de ces activités peut être complété par des actions de prévention et d'éducation à la santé à l'égard du public résidant sur le territoire de santé mentionné au 1° de l'article L. 1434-9.

- ⑨ « *Art. L. 6323-7.* – Les structures mentionnées au premier alinéa de l'article L. 6323-6 et les professionnels de santé qui y exercent pratiquent le mécanisme du tiers payant mentionné à l'article L. 160-10 du code de la sécurité sociale. Ils ne facturent pas de dépassement des tarifs déterminés par l'autorité administrative ou des tarifs déterminés en application du même code.
- ⑩ « *Art. L. 6323-8.* – Pour la réalisation des missions définies au présent chapitre, les structures mentionnées au premier alinéa de l'article L. 6323-6 et les professionnels de santé qui y exercent peuvent, en tant que de besoin, déroger ou se prévaloir d'une dérogation aux articles suivants :
- ⑪ « 1° Les articles L. 4041-2 et L. 4042-1, afin de permettre aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires concernées d'adapter leurs statuts pour rendre possible l'encaissement sur le compte de la société de tout ou partie des rémunérations des activités de prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale de ses membres et le reversement de ces rémunérations à chacun d'eux ;
- ⑫ « 2° L'article L. 4113-5, en ce qu'il concerne le partage d'honoraires entre professionnels de santé ;
- ⑬ « 3° Les articles L. 6154-2 et L. 6154-3, afin de permettre, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, à un praticien de réaliser une activité libérale dans les structures mentionnées au premier alinéa de l'article L. 6323-6 ;
- ⑭ « 4° L'article L. 6323-1-5, afin de permettre, dans ces mêmes zones, à un praticien de réaliser une activité libérale au sein d'un centre de santé mentionné au premier alinéa de l'article L. 6323-6 ;
- ⑮ « 5° Les articles L. 2112-1 à L. 2112-10, L. 2311-1 à L. 2311-6, L. 3111-11, L. 3112-2, L. 3121-2, L. 3311-2, L. 3411-9 et L. 6325-1, en ce qu'ils concernent le financement, l'organisation et les compétences de structures œuvrant en faveur de la prévention en santé ;
- ⑯ « 6° L'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, en ce qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le patient ;
- ⑰ « 7° Les articles L. 160-13 à L. 160-15 du même code, en ce qu'ils concernent la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.
- ⑱ « *Art. L. 6323-9.* – Les modalités de financement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie, des missions définies à l'article L. 6323-6 sont déterminées à l'article L. 162-32-5 du code de la sécurité sociale. » ;

⑲ 2° Après l'article L. 6141-3, il est inséré un article L. 6141-3-1 ainsi rédigé :

⑳ « Art. L. 6141-3-1. – Un établissement public de santé peut gérer un ou plusieurs centres de santé, notamment pour exercer les missions définies à l'article L. 6323-6, soit directement soit par l'intermédiaire d'une personne morale qu'il crée ou qu'il contribue à créer et dont il assure le contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, s'il s'agit d'une société commerciale. »

㉑ II. – Après la section 7 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code la sécurité sociale, est insérée une section 7 *bis* ainsi rédigée :

㉒ « Section 7 bis

㉓ « **Structures d'exercice coordonné participatives**

㉔ « Art. L. 162-32-5. – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les structures d'exercice coordonné participatives mentionnées au premier alinéa de l'article L. 6323-6 du code de la santé publique sont définis par un accord national conclu pour une durée au plus égale à cinq ans par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives des structures d'exercice coordonné participatives.

㉕ « Cet accord détermine notamment :

㉖ « 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des structures d'exercice coordonné participatives ;

㉗ « 2° Les conditions générales d'application des conventions mentionnées aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre aux différents professionnels exerçant dans des centres de santé et, le cas échéant, les conditions d'application de la convention mentionnée à la section 7 du même chapitre ;

㉘ « 3° Les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des centres de santé et notamment d'actions de prévention et d'éducation pour la santé ;

㉙ « 4° Les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, de coordination des soins et de participation des usagers aux instances décisionnelles et évaluatives de la structure.

- ③⑩ « L'article L. 162-32-2 est applicable à cet accord dans les conditions suivantes :
- ③⑪ « a) Pour l'application du deuxième alinéa, l'opposition est formée par au moins la moitié des organisations représentatives des structures d'exercice coordonné participatives ;
- ③⑫ « b) Pour l'application des troisième, septième et dernier alinéas, les structures d'exercice coordonné participatives sont assimilées à des centres de santé. »
- ③⑬ III. – L'expérimentation des structures d'exercice coordonné participatives, en application de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, peut être prolongée jusqu'au 31 décembre 2027.
- ③⑭ Les structures d'exercice coordonné participatives constituées, à titre expérimental, en application du même article L.162-31-1, demeurent régies par cet article, jusqu'à l'expiration de la durée de l'expérimentation au titre de laquelle elles ont été constituées.
- ③⑮ IV. – Les éventuelles conséquences financières résultant pour l'État des I à III du présent article sont compensées, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.
- ③⑯ V. – Les éventuelles conséquences financières résultant pour les organismes de sécurité sociale des I à III sont compensées, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.