



N° 2504

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 février 2026.

PROPOSITION DE LOI

visant à la pérennisation du dispositif des structures d'exercice coordonné participatives,

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par
M. Hadrien CLOUET,
député.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

La présente proposition de loi transpartisane vise à pérenniser le dispositif des structures d'exercice coordonné participatives (SECPA). Sur le fondement de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, le ministère de la santé a donc autorisé en 2021, puis renouvelé en 2023, l'expérimentation des SECPA. En dépit de son succès reconnu par toutes les instances, l'expérimentation est en danger depuis le début de l'année 2026.

Le dispositif SECPA s'adresse à vingt-six centres et maisons de santé, implantés dans des quartiers prioritaires, qui bénéficient ainsi d'une dotation de l'assurance maladie à hauteur de 14 millions d'euros destinée à financer un accompagnement médico-psycho-social assuré par des équipes pluriprofessionnelles associant médecins généralistes, auxiliaires médicaux, psychologues, personnels d'accueil, médiateurs en santé et interprètes professionnels. Ceux-ci délivrent une offre de santé publique pionnière, curative comme préventive : aux traitements s'ajoutent des prestations « hors soins » (accès aux droits, médiation, traduction, soutien familial...) et des actions « participatives » (qui érigent le patient en acteur de son propre parcours de soins, par le biais d'ateliers de prévention, de sensibilisation ou encore de gestion de la douleur).

Le riche inventaire des actions conduites depuis 2021 témoigne de l'implication des habitants et de l'engagement des professionnels en exercice dans les structures. Il illustre concrètement la démarche de santé communautaire, composante essentielle de la promotion de la santé définie par la Charte d'Ottawa et reconnue par l'Organisation mondiale de la santé.

De plus, cette expérimentation hors tarification à l'acte est fondée sur des observations empiriques, relatives aux résultats encourageants de telles structures durant la crise de la Covid-19, où elles ont assuré une continuité et un maintien de l'offre médicosociale. En effet la pandémie a mis en lumière l'ampleur des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins, ainsi que leurs conséquences directes sur l'état de santé des populations concernées. Selon l'Observatoire national de la politique de la ville, les habitants des quartiers populaires présentent un état de santé plus dégradé que la moyenne nationale.

Ces bassins de vie se caractérisent par une forte concentration de populations vivant sous le seuil de pauvreté et cumulant des difficultés

sociales et économiques : précarité financière, habitat dégradé, alimentation de moindre qualité, sédentarité accrue ou encore pénibilité de l'emploi. Ces déterminants sociaux ont des effets directs et indirects sur la santé, se traduisant par une prévalence plus élevée de certaines pathologies : l'obésité (+7 points par rapport à la moyenne nationale), les maladies cardiovasculaires (+3 points), l'asthme (+6 points) ou encore la dépression (+4 points).

Alors même que les besoins de santé y sont supérieurs, les quartiers prioritaires de la politique de la ville constituent souvent de véritables déserts médicaux : les médecins spécialistes y sont 3,4 fois moins nombreux que dans le reste du territoire.

À ces difficultés d'accès s'ajoute un phénomène massif de non-recours aux droits. Près de 40 % des habitants déclarent avoir renoncé à au moins une démarche de santé pour des raisons financières. L'isolement face à la maladie est renforcé par la complexité des dispositifs, les obstacles administratifs à l'ouverture des droits, le manque d'information, les barrières linguistiques et la crainte de la stigmatisation.

Seules les structures de l'expérimentation SECPA proposent un traitement conjoint de ces différentes problématiques médico-psycho-sociales. Elles s'appuient ainsi sur les études scientifiques les plus récentes, qui soulignent les bénéfices significatifs de cette approche participative, au regard de son coût particulièrement modeste. Les évaluations conduites en 2024 et 2025 sont ainsi toutes positives. Le Conseil stratégique de l'innovation en santé a ainsi jugé les SECPA efficaces et portées par « une dynamique incontestable », se prononçant à l'unanimité en faveur de leur intégration dans le droit commun. Alors que les dotations annuelles allouées aux vingt-six structures ne représentent que 0,005 % du budget de l'assurance maladie, soit une dépense marginale au regard des enjeux de santé publique, la pérennisation de l'expérimentation est cruciale.

L'annonce, le 9 février 2026, d'un financement reposant sur le label « France Santé » et sur les fonds d'intervention régionaux (FIR) gérés par les agences régionales de santé marque un retour à des modalités de financement précaires, précisément celles que l'expérimentation visait à dépasser. Le cahier des charges du dispositif soulignait en effet que le recours à des financements subventionnels multiples – crédits FIR, contributions des collectivités territoriales ou de fondations – génère une instabilité budgétaire chronique et mobilise un temps administratif

considérable, plaçant chaque année les gestionnaires dans l'incertitude quant à l'équilibre financier de leur structure.

La présente proposition de loi transpartisane vise donc à sanctuariser les structures d'exercice coordonné participatives et à garantir le financement par l'assurance maladie pour l'ensemble de leurs activités dites « hors soins », indispensables à l'accompagnement des publics. En réunissant des parlementaires de différents groupes politiques, elle marque un accord large dans l'Assemblée nationale autour du dispositif SECPA et un souci partagé de conférer un cadre juridique stable aux vingt-six structures existantes et à permettre leur déploiement dans l'ensemble des quartiers prioritaires où les besoins sont avérés et, bien souvent, croissants.

L'article 1^{er} pérennise l'expérimentation de manière stable dans le code de la santé publique.

L'article 2 opère une coordination avec le code de l'action sociale et des familles.

L'article 3 gage la présente proposition.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

- ① Après l'article L. 6323-5 du code de la santé publique, il est inséré un chapitre III *quinquies* ainsi rédigé :
- ② « *Chapitre III quinquies*
- ③ « *Structures d'exercices coordonné participatives*
- ④ « *Art. L. 6323-6. – I. – Les structures d'exercice coordonné participatives* sont des organisations de soins visant à offrir 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.
- ⑤ « Les équipes pluriprofessionnelles qualifiées assurent obligatoirement les missions d'exercice de proximité, d'accueil spécifiquement adapté aux personnes vulnérables, de soutien psychologique, de médiation en santé, de démarche participative, d'accompagnement social et d'interprétariat professionnel.
- ⑥ « Les structures d'exercice coordonné participatives sont ouvertes à toutes les personnes sollicitant une prise en charge médicale, paramédicale ou médico-sociale relevant de la compétence des professionnels y exerçant.
- ⑦ « II. – Outre les activités mentionnées au deuxième alinéa, les structures d'exercice coordonné participatives peuvent mener des actions de prévention et d'éducation à la santé.
- ⑧ « III. – Les centres de santé, définis à l'article L. 6323-1, et les maisons de santé, définies à l'article L. 6323-3, sont reconnus comme structures d'exercice coordonné participatives dès lors qu'ils exercent les activités mentionnées au deuxième alinéa. »
- ⑨ « *Art. L. 6323-6-I. – Le personnel médical des structures d'exercice coordonné participatives pratiquent le mécanisme du tiers payant mentionné à l'article L. 160-10 du code de la sécurité sociale et ne facturent pas de dépassement des tarifs fixés par l'autorité administrative ou des tarifs mentionnés au 1^o du I de l'article L. 162-14-1 du même code. »*

- ⑩ « Art. L. 6323-6-2. – I. – Une convention pluriannuelle conclue entre la structure d'exercice coordonné participative et l'assurance maladie fixe :
- ⑪ « 1° Les objectifs de santé à atteindre et les indicateurs de qualité, de performance et de satisfaction des usagers ;
- ⑫ « 2° Les modalités de financement et de versement de la dotation globale ;
- ⑬ « 3° Les obligations de coordination des soins et de participation des usagers aux instances décisionnelles et évaluatives de la structure.
- ⑭ « II. – Les modalités de calcul et de révision des dotations, ainsi que les indicateurs de suivi et d'évaluation des structures d'exercice coordonnée participatives sont déterminés par arrêté du ministère de la santé, après avis de la Haute Autorité de santé et des agences régionales de santé. »

Article 2

- ① Après le 17° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un 18° ainsi rédigé :
- ② « 18° Les structures d'exercice coordonné participatives mentionnées à l'article L. 6323-6 du code de la santé publique. »

Article 3

- ① I. – La charge pour l'État est compensée 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.
- ② II. – La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les alcools prévue au chapitre III du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.