

# Evaluation des centres de soins non programmés : mieux structurer l'offre

OCTOBRE 2025  
2025-050R

• **RAPPORT**

Delphine  
**Corlay**

Alain  
**Morin**

Membres de l'Inspection générale  
des affaires sociales

Avec la participation de Tony **Lauze**, Stagiaire à l'Igas



Suivez-nous sur LinkedIn

RAPPORT

# SYNTHÈSE

Par lettre de mission du 22 avril 2025, signée du ministre chargé de la santé et de l'accès aux soins, l'IGAS a été saisie d'une mission d'évaluation des centres de soins non programmés (CSNP).

Les soins non programmés sont des soins qui ne relèvent pas de l'urgence vitale mais pour lesquels une prise en charge par un professionnel de santé est souhaitable en moins de 48h. Des organisations dédiées à ces soins non programmés se sont développées ces dernières années sous différentes formes, sans toutefois être définies par la réglementation. Ces structures peuvent constituer sur certains territoires une offre utile permettant de décharger les urgences de la prise en charge de patients ne nécessitant pas la mobilisation de moyens hospitaliers.

La prise en charge des soins non programmés est une des missions des médecins généralistes. Afin de faciliter leur réalisation, les pouvoirs publics ont mis en place une organisation spécifique autour du médecin traitant, des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et du service d'accès aux soins (SAS). Les soins non programmés font l'objet d'une tarification spécifique associée à des majorations, des consultations et actes techniques selon certaines conditions par les conventions médicales : majorations de nuit, de soirées, dimanche et jours fériés ; majorations pour soins non programmés en journée. La dernière convention de 2024 a resserré les conditions d'utilisation des majorations en raison d'une très forte croissance de l'utilisation de ces dernières.

Les centres de soins non programmés qui se sont développés sur le territoire national n'ayant pas de numéro FINESS, l'assurance maladie ne peut pas les recenser aisément. Ils n'ont pas de numéro FINESS. Hormis les structures hospitalières, ce sont des cabinets de médecine libérale, si bien que, seules les cotations de leurs actes par les médecins et éventuellement les autres professionnels de santé apparaissent individuellement dans les statistiques de l'Assurance maladie. Il existe des CSNP issus de la transformation des services d'urgence dans les établissements de santé, et des CSNP créés ex nihilo par les établissements, mais il n'en existe pas de recensement, à l'exception de la fédération de l'hospitalisation privée (FHP) qui en dénombre 84.

La mission s'est attachée à utiliser et comparer les bases de données existantes (recensement par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) dans le cadre du site sante.fr et tentative d'identification par faisceau d'indices par l'Assurance maladie qui ne se recoupaient que partiellement. Les données des deux listes et des recherches conduites par la mission aboutissent à évaluer le nombre de CNSP entre 400 et 600.

Les analyses menées sur les données disponibles permettent de mettre en évidence une implantation dans des zones densément peuplées, où la démographie médicale n'est pas la plus fragile : régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Auvergne-Rhône-Alpes, et les grands centres urbains des autres régions. Lors des déplacements de la mission, plusieurs centres étaient en cours de planification.

Le développement rapide de ces centres suscite de nombreuses inquiétudes quant à leur impact sur l'organisation du premier recours par l'attrait qu'ils peuvent représenter pour des médecins généralistes qui aspirent à un travail collectif mais qui pour certains d'entre eux, ne souhaiteraient pas devenir médecins traitants. Cette attraction de jeunes médecins vers ces centres appauvrirait

un peu plus le nombre de médecins traitants. Par ailleurs, leur implantation sans concertation fragiliserait parfois, selon les acteurs rencontrés, toute l'organisation de la permanence des soins ambulatoires et le service d'accès aux soins en journée, qui reposent principalement sur l'engagement et la mise en réseau des médecins libéraux qui voient les patients privilégier l'accès facile à des centres dont la pérennité du modèle n'est pas encore établie.

Le modèle économique des centres n'a pas pu être analysé par la mission car elle n'avait pas accès à leurs comptes. Cependant, ces centres recourraient excessivement à des majorations liées à la PDSA et au SAS, et l'effet de l'encadrement plus strict des majorations par la nouvelle convention médicale semble le confirmer avec des horaires d'ouverture parfois revus à la baisse ainsi que des demandes de subventionnement. Si le soupçon d'un intérêt financier plutôt que d'une contribution à l'offre de soins sur le territoire pèse sur ces centres, avec des propos relatifs à une éventuelle financiarisation que la mission n'a pas pu confirmer qui emporteraient des conséquences sur la qualité des soins, la mission a cependant rencontré aussi des médecins investis dans leur rôle, convaincus d'apporter une offre complémentaire sur le territoire, et en demande de contractualisation avec les acteurs territoriaux. Des agences régionales de santé ont pu souligner l'apport de ces structures quand leur implantation est concertée.

Parmi les modèles de fonctionnement, deux types de centres de soins non programmés ressortent :

- Des cabinets de médecine générale, rarement associés à des infirmières ou autres personnels paramédicaux, qui sont majoritairement à horaires élargis (cabinets médicaux à horaires élargis) ouverts jusqu'à 22h le soir ; certains de ces cabinets interviennent, par convention, en étant adossés aux services d'urgence et accueillant des personnes réorientées par ces derniers ;

- Des centres offrant un plateau technique permettant d'accéder rapidement à une offre de radiologie et de biologie médicale, qui s'appuient sur une présence infirmière, et fonctionnent parfois comme des services d'urgence avec un médecin qui se déplace de box en box de consultation. Ces centres sont rarement ouverts le soir mais ouvrent généralement les week-ends.

Leurs différences de fonctionnement, de ressources humaines et de modèle économique sont fortes mais ils se caractérisent tous par un recours aux systèmes d'informations optimisés, avec un usage ergonomique et intuitif pour les patients qui retrouvent alors des habitudes de consommation. Faute de pouvoir exploiter les données nationalement, il n'est pas possible de mesurer la pertinence du recours aux soins, et de conclure que cette offre crée une nouvelle demande ou répond à un besoin de soins qui sinon n'aurait pas trouvé de réponse territoriale. La mission constate cependant que lorsque le centre a été implanté en lien avec des demandes des ARS et des services d'urgence, ou a su s'articuler avec l'offre de soin territoriale, ils peuvent être un recours pertinent pour les « petites urgences », notamment en traumatologie.

La mission présente trois scénarii pour structurer cette offre :

- Le premier scénario consiste à ne pas encadrer l'existence de ces centres par la loi et s'appuyer exclusivement sur une convention médicale qui a d'ores et déjà commencé à montrer des effets positifs (baisse du recours aux majorations, révision des horaires d'ouverture des centres). Ce scénario nécessiterait cependant une clarification par l'Assurance maladie des règles applicables par les centres en matière de majoration et l'application éventuelle de

sanctions. Ce scénario présente l'avantage de ne pas aboutir à une labellisation de centres qui n'auraient pas d'apport territorial majeur mais a pour faiblesse de persister à ne pas les identifier, et rester partiellement aveugle sur leur réelle contribution à la structuration de l'offre de soins ;

- Le deuxième scénario est inverse et viserait un encadrement par la loi de l'ensemble des CSNP quel que soit leur modèle économique et de fonctionnement. Ce second scénario est celui porté par la LFSS pour 2026. Cette reconnaissance s'appuierait sur la création d'un numéro FINESS et permettrait une mesure de leur activité. Elle emporterait le risque d'une validation *a posteriori* de leur implantation territoriale erratique et d'un financement public dirigé vers des centres au modèle économique profitable. Seul un encadrement territorial par l'ARS par reconnaissance des seuls centres qui contribuent au maillage territorial, pourrait éviter une labellisation plus délétère que féconde pour la structuration de l'offre de soins territoriale ;

- Le troisième scénario renforce le deuxième en privilégiant la seule reconnaissance des CSNP capables d'offrir un petit plateau technique et intervenant en complémentarité des services d'urgence, selon un maillage territorial prédéfini par l'ARS. A l'instar du deuxième scénario, la convention médicale serait revue et impliquerait l'utilisation des majorations pour la seule structure autorisée pour les soins non programmés.

Ce dernier scénario est privilégié par la mission car il permettrait un travail territorial d'analyse des besoins, et n'emporterait pas le risque de financer un secteur sans besoin de financement. Il place les ARS au cœur de la planification ou de la reconnaissance de l'apport des centres existants.

La mission considère que dans un contexte de pénurie de médecins, il serait en effet préoccupant de soutenir des modèles qui peuvent trouver une patientèle aisée et urbaine, alors même que les besoins sont importants dans des zones rurales, ou au service d'une population vieillissante, parfois polypathologique, avec des besoins de coordination des soins forts, nécessitant un travail conséquent de leur médecin traitant pour organiser leur parcours (entrée et sortie d'hospitalisation, visites à domiciles, intervention des infirmières, etc.).

# RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
Commun à tous les scénarii			
1	Déployer une campagne de communication grand public autour du service d'accès aux soins (SAS) et de la permanence des soins ambulatoires (PDSA)	DGOS, ARS, CNAM avec l'appui du SIG	Fin 2026
2	Intégrer l'existence des centres de soins non programmés (CSNP) dans le cadre de la mise en place de la biologie délocalisée	DGS, DGOS	Fin 2026
Scénario 1 : régulation par la seule convention médicale			
3	Clarifier au plan national les règles d'utilisation des majorations pour nuit, jours fériés et soins non programmés en journée	CNAM	1 <sup>er</sup> semestre 2026
4	Réaliser des contrôles de facturation ciblés territorialement	CPAM en lien avec ARS	2 <sup>ème</sup> semestre 2026
Scénario 3 - Privilégié par la mission, création d'un niveau intermédiaire entre premier recours et urgences			
5	Prévoir une mesure d'encadrement de l'implantation et du fonctionnement des CSNP dans le PLFSS ne reconnaissant que les centres avec plateau technique répondant à un besoin territorial	DSS et DGOS	Fin 2025
6	Prévoir un numéro FINESS pour les CSNP et développer une analyse statistique de leur implantation, de leur activité et des facturations	DGOS, CNAM, DREES	Fin 2026
7	Intégrer dans <i>Sante.fr</i> la liste des CSNP	DGOS et ARS	Fin 2026
8	Rédiger l'arrêté introduisant le cahier des charges	DGOS	1 <sup>er</sup> semestre 2026

9	Adapter les règles du zonage infirmier pour permettre aux seules structures autorisées un recrutement d'Infirmières diplômées d'Etat	DGOS	Fin 2026
10	Réviser la convention nationale et clarifier au plan national les règles d'utilisation des majorations pour nuit, jours fériés, et soins non programmés en journée.	CNAM	1 <sup>er</sup> semestre 2026
11	Réaliser des contrôles de facturation ciblés territorialement	CPAM en lien avec ARS	2 <sup>ème</sup> semestre 2026
12	Définir les exigences de suivi d'activité et de qualité à embarquer dans les systèmes d'information des CSNP et  Mettre en œuvre un suivi national des soins et des parcours proposés par les CSNP	CNAM, DGOS	Année 2027 et suivantes

\*Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

# SOMMAIRE

<b>SYNTHÈSE.....</b>	<b>2</b>
<b>RECOMMANDATIONS DE LA MISSION .....</b>	<b>5</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>9</b>
<b>1 LES STRUCTURES OFFRANT DES SOINS NON PROGRAMMES N'ONT PAS D'EXISTENCE JURIDIQUE PROPRE ET SONT PAR CONSÉQUENT DIFFICILES A RECENSER.....</b>	<b>10</b>
1.1 LA PRISE EN CHARGE DES SOINS NON PROGRAMMES EST ORGANISÉE PAR LA PROFESSION MÉDICALE ET LES POUVOIRS PUBLICS AUTOUR DU MÉDECIN TRAITANT MAIS LES DISPOSITIFS SONT MECONNUS ET PEU LISIBLES .....	10
1.1.1 Les termes « soins non programmés » embrassent une grande variété de soins à la seule exclusion des urgences vitales .....	10
1.1.2 Les soins non programmés sont principalement pris en charge par les médecins traitants .....	11
1.1.3 La permanence des soins ambulatoires fait l'objet d'une organisation structurée autour d'une régulation, de gardes et d'une implantation de maisons médicales de garde .....	14
1.1.4 Les soins non programmés sont principalement encadrés par des tarifications spécifiques.....	15
1.2 DES STRUCTURES SE DENOMMANT « CENTRES DE SOINS NON PROGRAMMES » SE SONT DÉVELOPPÉES RAPIDEMENT AVEC UNE GRANDE VARIÉTÉ DE STRUCTURES JURIDIQUES .....	17
1.2.1 Des structures hospitalières (public, privé, privé non lucratif) ont transformé leurs services d'urgence en centres de soins non programmés.....	17
1.2.2 Des réseaux (dont la structure juridique est variable) se sont également développés à un rythme soutenu depuis la crise Covid .....	18
1.2.3 Les CSNP témoignent de la modification de la « consommation de soins » et des aspirations des soignants.....	19
<b>2 UNE INSTALLATION MAJORITAIREMENT EN ZONE URBAINE DENSE, SANS COORDINATION NI CONCERTATION, QUI CRISTALLISE LES INQUIETUDES ET POLARISE LE DEBAT.....</b>	<b>23</b>
2.1 DES TENTATIVES DE RECENSEMENT NATIONALES OU TERRITORIALES.....	23
2.1.1 Les critères de recensement.....	23
2.1.2 Un recoupement partiel des tentatives de recensements, qui confirme la difficulté d'identifier ces centres.....	23
2.1.3 Les différents types de centres recensés .....	24
2.1.4 En l'absence de définition juridique, la mission a fait le choix de ne pas établir sa propre liste..	25
2.2 UNE IMPLANTATION HÉTÉROGÈNE SUR LE TERRITOIRE, MAJORITAIREMENT EN ZONE URBAINE DENSE ET UNE FAIBLE ARTICULATION AVEC LES DISPOSITIFS DE RÉGULATION DES URGENCES .....	27
2.2.1 Un développement très hétérogène entre les régions, mais principalement en zone urbaine dense .....	27
2.2.2 Une implantation réduite dans les territoires à faible accessibilité aux soins de premier recours ..	29
2.2.3 La plupart des CSNP se trouvent sur des territoires présentant un nombre élevé de passages aux urgences évitables, sans qu'il ne soit possible de quantifier leur impact sur ces passages.....	31
<b>3 UNE NOUVELLE OFFRE EN RÉPONSE AUX DEMANDES DE DE SOINS NON PROGRAMMES QUI CRISTALLISE NEANMOINS CERTAINES INQUIETUDES.....</b>	<b>33</b>
3.1 L'ACTIVITÉ DES CNSP DONNE UNE INDICATION SUR LES BESOINS DE SANTÉ AUXQUELS ILS RÉPONDENT .....	33
3.1.1 L'activité des CSNP peut être classée en cinq catégories .....	33
3.1.2 L'organisation des CNSP montre deux modèles possibles entre médecine de premier recours non programmée et médecine avec plateau technique.....	34

3.2	LE RESSERREMENT RECENT DE LA CONVENTION A DEJA EU UN IMPACT SIGNIFICATIF SUR LE RECOURS EXCESSIF AUX MAJORATIONS .....	36
3.2.1	<i>Le modèle économique initial des CSNP libéraux reposait parfois sur un recours excessif aux majorations.....</i>	36
3.2.2	<i>Les CSNP implantés dans les établissements de santé reposent sur un autre modèle économique, variable selon leurs statuts et organisation salariale.....</i>	38
3.3	LE DEVELOPPEMENT DES CSNP CRISTALLISE DE REELLES INQUIETUDES, QUI SONT CEPENDANT DIFFICILES A OBJECTIVER .....	39
3.3.1	<i>La captation des professionnels de santé est réelle mais son impact est difficile à quantifier....</i>	39
3.3.2	<i>L'organisation de la permanence des soins ambulatoires est affectée par les CSNP .....</i>	40
3.3.3	<i>Les pratiques de facturation sont parfois « optimisées » .....</i>	41
3.3.4	<i>La qualité de la prise en charge est difficile à mesurer et dépend à la fois des soins dispensés aux patients et de l'insertion dans le parcours de ces derniers .....</i>	42
4	<b>TROIS SCENARII D'EVOLUTION ONT ETE IDENTIFIES PAR LA MISSION .....</b>	<b>44</b>
4.1	UNE REGULATION BASEE SUR LA SEULE APPLICATION DE LA CONVENTION MEDICALE .....	45
4.1.1	<i>Sous certaines conditions, la nouvelle convention médicale pourrait suffire à réguler les centres .....</i>	45
4.1.2	<i>Ce choix ne résout pas les risques identifiés quant à la déstabilisation de la PDSA et des parcours de soins .....</i>	46
4.2	UNE AUTORISATION POUR TOUTE STRUCTURE DE SOINS NON PROGRAMMES REPONDANT A UN CAHIER DES CHARGES ET DISPOSANT D'UN PROJET DE SANTE .....	47
4.2.1	<i>Une reconnaissance large aurait l'intérêt de permettre de réguler l'ensemble des centres .....</i>	47
4.2.2	<i>Une reconnaissance large par la loi emporterait cependant des risques .....</i>	48
4.3	UNE AUTORISATION POUR LES STRUCTURES DISPOSANT D'UN PLATEAU TECHNIQUE ET REPONDANT A UN BESOIN TERRITORIAL .....	49
4.3.1	<i>La création d'un niveau intermédiaire entre premier recours et services d'urgence .....</i>	49
4.3.2	<i>Les risques de cette reconnaissance partielle seraient plus limités.....</i>	51
4.4	LA MISSION RECOMMANDE LA MISE EN PLACE DE CE TROISIEME SCENARIO.....	52
4.4.1	<i>Une nouvelle appellation permettrait une clarification dans l'organisation de l'offre de soins ..</i>	53
4.4.2	<i>Le modèle économique est basé principalement sur la convention médicale .....</i>	54
4.4.3	<i>Un cahier des charges pour encadrer l'organisation des centres est nécessaire .....</i>	54
	<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>57</b>
	<b>ANNEXE 1 : RECENSEMENT, CARTOGRAPHIE ET ANALYSE DE L'ACTIVITE DES CENTRES DE SOINS NON PROGRAMMES.....</b>	<b>58</b>
	<b>ANNEXE 2 : METHODOLOGIE .....</b>	<b>84</b>
	<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES .....</b>	<b>85</b>
	<b>SIGLES UTILISÉS.....</b>	<b>92</b>
	<b>LETTRE DE MISSION.....</b>	<b>94</b>



# RAPPORT

## Introduction

Par lettre de mission du 22 avril 2025, signée du ministre chargé de la santé et de l'accès aux soins, l'IGAS a été saisie d'une mission d'évaluation des centres de soins non programmés.

Les soins non programmés sont définis par le ministère chargé de la santé comme des soins qui ne relèvent pas de l'urgence vitale mais pour lesquels une prise en charge par un professionnel de santé est souhaitable en moins de 48h. Des organisations dédiées à ces soins non programmés se sont développées ces dernières années sous différentes formes, sans toutefois être définies par la réglementation. Ces structures peuvent constituer sur certains territoires une offre utile permettant de décharger les urgences de la prise en charge de patients ne nécessitant pas la mobilisation de moyens hospitaliers.

Le ministre souhaitait que la mission d'évaluation permette :

- De répertorier les différentes catégories de centres de soins non programmés et de préciser leur articulation avec les dispositifs déjà existants et avec les organisations de soins des territoires ;
- De proposer des critères et indicateurs permettant d'analyser et définir le besoin de ce type de structures ;
- De proposer les éléments qui pourraient être constitutifs d'un cahier des charges opposable ;
- De définir les modalités d'un encadrement préalable de leur installation ;
- D'étudier les modalités de financement et d'expertiser les besoins financiers spécifiques.

La prise en charge des soins non programmés est une des missions des médecins généralistes. Afin de faciliter leur réalisation, les pouvoirs publics ont mis en place une organisation spécifique autour du médecin traitant, des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et du service d'accès aux soins (SAS).

Delphine Corlay, Alain Morin, Thomas Wanecq et Tony Lauze (stagiaire) ont été désignés pour conduire cette mission, et ont assuré le cadrage de la mission, ainsi qu'une majorité des déplacements. Suite à la fin de stage de Tony Lauze et à la nomination de Thomas Wanecq à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la fin de mission a été effectuée par Delphine Corlay et Alain Morin. Tony Lauze a contribué à la rédaction du rapport pour l'analyse statistique. Le scénario privilégié présenté dans ce rapport a été conçu avec l'ensemble des membres initiaux de la mission.

La mission a exploité les différents rapports et elle a procédé à l'audition des parties prenantes concernées par les soins non programmés. Elle s'est déplacée dans les régions Auvergne- Rhône-Alpes, Bretagne, Hauts de France, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur afin de visiter des

centres de soins non programmés et rencontrer les agences régionales de santé et une caisse primaire d'assurance maladie.

La mission a été confrontée à des données existantes très réduites et parcellaires, liées notamment à l'absence de structuration juridique permettant d'identifier les structures concernées et d'analyser par conséquent leur activité ce qui a complexifié l'analyse. Si les structures visitées ont été transparentes dans les discussions, la mission n'a pas pris connaissance de leurs comptes dans la mesure où il ne s'agissait pas d'une mission de contrôle. Elle n'a ainsi pas analysé dans le détail leur modèle économique.

Le présent rapport, après avoir rappelé l'absence d'existence juridique et donc la difficulté de recenser ces centres qui se sont développés rapidement avec une grande variété de structures juridiques (1), met en évidence une installation majoritairement en zone urbaine dense, une implantation réduite dans les territoires à faible accessibilité aux soins avec un développement très hétérogène entre les régions (2). Ces centres, dont l'activité a été classée par la mission en 5 clusters<sup>1</sup>, cristallisent les inquiétudes et polarisent le débat tout en répondant à un modèle d'exercice apprécié des médecins et à une demande de la population confrontée à une difficulté de trouver des rendez-vous ou permettant une prise en charge des « petites urgences » (3). La mission a enfin analysé trois scénarii d'évolution (4).

## **1 Les structures offrant des soins non programmés n'ont pas d'existence juridique propre et sont par conséquent difficiles à recenser**

### **1.1 La prise en charge des soins non programmés est organisée par la profession médicale et les pouvoirs publics autour du médecin traitant mais les dispositifs sont méconnus et peu lisibles**

#### **1.1.1 Les termes « soins non programmés » embrassent une grande variété de soins à la seule exclusion des urgences vitales**

Le ministère de la santé définit les soins non programmés comme « *des soins qui ne relèvent pas de l'urgence vitale mais pour lesquels une prise en charge par un professionnel de santé est souhaitable en moins de 48h* »<sup>2</sup>. Ces soins peuvent être effectués par tous les professionnels de santé, quels que soient leurs lieux d'exercice (cabinet libéral individuel, maison de santé pluriprofessionnelle, autres). En l'absence de définition plus précise des soins non programmés, il n'existe pas de statistique disponible sur le nombre de prises en charge par des professionnels libéraux qui relèveraient d'un accueil dans les 48h après sollicitation pour soins non programmés. Le recensement de la demande de soins non programmés et des pathologies éventuellement concernées n'est pas possible au regard de la diversité des effecteurs de soins non programmés

<sup>1</sup> Définition des clusters dans l'annexe 1

<sup>2</sup> Cette définition est reprise dans plusieurs communications du ministère. Voir notamment [L'organisation et la facturation des soins non programmés en ambulatoire - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#).

et des relations de ces effecteurs avec la patientèle concernée : médecin traitant, prise en charge occasionnelle, urgences, recours à une maison médicale de garde, etc.

De même, la terminologie « centre de soins non programmés » n'est pas définie juridiquement et est devenue un terme générique pour des structures qui prennent en charge les soins non programmés quelle que soit leur modalité d'exercice (en établissement de santé, en cabinet médical).

La mission a pu constater que le mot « Urgence » ou les lettres « URG » étaient souvent repris dans la dénomination de certains centres de soins non programmés et leur signalétique (UrgenceMed, Urg+, UrgentCare, Urgences non programmées...), ce qui peut créer des confusions pour les patients dans la mesure où il ne s'agit pas de structures prenant en charge des urgences vitales, ni de services d'urgence autorisés.

En effet, l'accueil et le traitement des urgences sont définis par le code de la santé publique<sup>3</sup>. Une unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences accueille sans sélection tous les jours de l'année, 24h/24, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et procède à son examen clinique. Elle traite dans ses locaux et avec ses moyens tous les jours de l'année, les patients dont l'état nécessite des soins courants de médecine générale ou de psychiatrie ou des actes chirurgicaux simples qui ne nécessitent pas une anesthésie générale ou une anesthésie loco-régionale du rachis, des blocs proximaux ou par voie périurale. Elle traite également, si l'établissement dispose d'un chirurgien, les patients dont l'état nécessite, pour lutter contre la douleur, des actes chirurgicaux plus complexes. Elle oriente les patients dont l'état nécessite des soins qu'elle ne peut dispenser elle-même.

Ces difficultés sémantiques n'aident pas à la lisibilité de l'offre pour les patients. Il existe ainsi un risque qu'un patient nécessitant une prise en charge dans un service d'urgence hospitalière se rende à tort dans ces centres. Une dénomination juridique, *cf infra*, permettrait d'éviter toute erreur d'adressage.

### 1.1.2 Les soins non programmés sont principalement pris en charge par les médecins traitants

Depuis 2004, l'organisation des soins de premiers recours a profondément évolué en les structurant autour du médecin traitant, puis en développant les structures de soins ou organisations de soins coordonnés telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles<sup>4</sup> (MSP), et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)<sup>5</sup>. Plusieurs études montrent la forte progression de l'exercice regroupé par les médecins généralistes et le développement des

<sup>3</sup> Articles R.6123-1 et suivants

<sup>4</sup> L. 6323-3 du code de la santé publique : La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de [l'article L. 1411-11](#) et, le cas échéant, de second recours au sens de [l'article L. 1411-12](#) et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

<sup>5</sup> L.1434-12 du code de la santé publique : Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à [l'article L. 1411-1](#) et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à [l'article L. 1434-1](#), des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé

structures d'exercice coordonnées<sup>6</sup> : en 2019, 62 % des médecins généralistes exerçaient en groupe, dont 12 % en MSP, et par conséquent 38 % des médecins généralistes exerçaient seuls. La DREES soulignait dans cette parution que *« l'effet de ces dynamiques quant à la disponibilité des médecins pour les patients du territoire reste peu documenté »*.

La majorité des professionnels de santé de premier recours sont amenés à accueillir une patientèle pour des soins non programmés : les médecins traitants prévoient des créneaux dits « d'urgence » pouvant être réservés la veille ou le jour même, certains prévoient parfois des matinées/après-midi consacrées à des soins non programmés permettant à des patients de se présenter sans rendez-vous, les médecins des maisons de santé pluriprofessionnelles peuvent être amenés à accueillir des patients suivis par leurs confrères en soins non programmés, des CPTS s'organisent pour assurer territorialement un accès à un médecin pour des consultations non programmées. Une partie de la population utilise des plateformes de prise de rendez-vous (Doctolib, KelDoc, Maia, Clickdoc, Ubi clic...) et accède à des consultations auprès de médecins qui ne sont pas leurs médecins traitants. Ainsi, les professionnels de santé de premier recours sont susceptibles de proposer des créneaux pour des soins non programmés de leur patientèle, ou pour des patients sans médecin traitant.

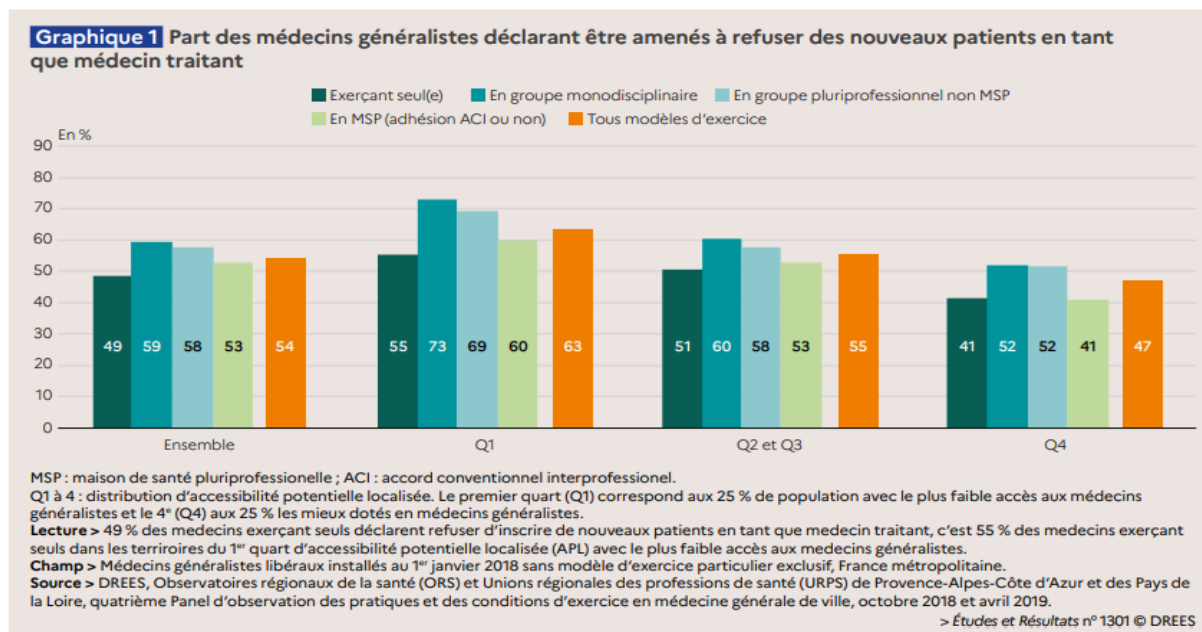
L'étude de la DREES précédemment citée montre que 80 % des médecins généralistes sont amenés à prendre en charge des soins non programmés via des consultations sans rendez-vous et/ou via une organisation personnelle, de manière quotidienne, et 37% de manière systématique. A noter que cette étude peut couvrir des médecins qui exercent dans des CSNP, sans que la mission puisse considérer que cela modifie de façon significative les données.

Dans un contexte de baisse de la démographie médicale, et de l'existence d'importantes zones à faible densité considérées « déserts médicaux », une partie des patients ne dispose pas de médecin traitant et peinent à accéder à des rendez-vous pour des soins non programmés. L'étude de la DREES montre à la fois que les médecins sont amenés à refuser d'être médecins traitants de nouveaux patients, et tentent d'identifier la disponibilité des médecins selon leur mode d'exercice pour la prise en charge occasionnelle de patients dont ils ne sont pas les médecins traitants.

---

<sup>6</sup> Etudes et résultats n°1301, DREES, mai 2024

Graphique 1 : Part des médecins généralistes déclarant être amenés à refuser des nouveaux patients en tant que médecin traitant



Source : Etudes et résultats n°1301 - DREES

Selon le rapport relatif à la proposition de loi visant à lutter contre les déserts médicaux<sup>7</sup>, 11% de la population n'a pas de médecin traitant.

Il ressort de ces éléments qu'une partie de la population peine à accéder aux soins, et notamment aux soins non programmés. Des efforts ont été menés pour apporter une plus grande accessibilité de l'offre disponible par l'organisation du Service d'accès aux soins (SAS). Le SAS, initié en 2019, a été généralisé en 2022. L'article L. 6311-3 du code de la santé publique (CSP) définit le SAS : « Le service d'accès aux soins a pour objet d'évaluer le besoin en santé de toute personne qui le sollicite, de délivrer à celle-ci les conseils adaptés et de faire assurer les soins appropriés à son état ; Il assure une régulation médicale commune pour l'accès aux soins, qui associe le service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-2, et une régulation de médecine ambulatoire ».

L'instruction DGOS/R2/PF5/2022/270 du 23 décembre 2022 relative aux attendus pour la mise en place du service d'accès aux soins précisait que le SAS devait pouvoir intervenir « pour les demandes de soins non programmés lorsque l'accès au médecin traitant ou à un autre médecin de proximité n'est pas possible en première intention. » Il était précisé que le SAS n'a pas vocation à se substituer au lien direct qui existe entre le patient et son médecin traitant ou à une organisation collective des médecins de ville pour l'accès aux soins non programmés. Un premier bilan sur les 20 premiers SAS déployés a été présenté pour la période du deuxième semestre 2021 et premier semestre 2022<sup>8</sup>. Un rapport d'information du Sénat de 2024<sup>9</sup> précisait que le dispositif SAS était encore embryonnaire avec 85280 rendez-vous pris via la plateforme SAS. 6000 médecins volontaires participent au fonctionnement du SAS en mars 2024 soit 11.5% de l'effectif total des

<sup>7</sup> Rapport 26 mars 2025 présenté par Guillaume Garot.

<sup>8</sup> [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/retex\\_sas\\_janvier\\_2024.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/retex_sas_janvier_2024.pdf)

<sup>9</sup> Rapport d'information du Sénat relatif aux inégalités territoriales d'accès aux soins n°137 du 13 novembre 2024

médecins<sup>10</sup>. La Cour des Comptes souligne que l'architecture générale entre CPTS, SAMU et SAS est récente et doit être renforcée.

La régulation du SAS est associée à la régulation du 15, et l'orientation des patients peut aller d'un conseil médical au téléphone dans 61% des cas<sup>11</sup>, à une téléconsultation ou une orientation vers un médecin de ville inscrit au SAS, ou vers un service d'urgences hospitalières. Le bilan montre une croissance forte du nombre d'effecteurs des soins non programmés inscrits sur la plateforme numérique du SAS. Ainsi, les médecins signalent des créneaux disponibles pour les soins non programmés à la plateforme. L'articulation avec les CPTS demeure variable et des organisations parallèles peuvent exister entre CPTS d'une part et SAS d'autre part, tandis que des régions ont complètement intégré SAS et CPTS dans leur fonctionnement pour l'accueil des soins non programmés.

### 1.1.3 La permanence des soins ambulatoires fait l'objet d'une organisation structurée autour d'une régulation, de gardes et d'une implantation de maisons médicales de garde

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) constitue une mission de service public assurée par les médecins généralistes libéraux installés ou non et les médecins salariés des centres de santé. Les principes de cette organisation sont formalisés dans un cahier des charges régional de la PDSA arrêté par le directeur général de l'ARS après avis des comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS<sup>12</sup>) et de la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

La PDSA repose sur le volontariat des médecins même si la participation des médecins à la permanence des soins est un devoir du médecin selon l'article R. 4127-77 du code de la santé publique. Elle permet de garantir un accès à un avis médical aux heures et jours de fermetures des cabinets libéraux pour des demandes de soins non programmés ne relevant pas de l'urgence, dans les meilleures conditions de sécurité possibles et elle évite des déplacements spontanés des patients vers les services d'urgence. L'accès au médecin de permanence des soins ambulatoires doit faire l'objet d'une régulation médicale préalable. L'Ordre des médecins est garant de l'élaboration des tableaux de garde. Dans chaque territoire de PDSA, les médecins et les associations de permanence des soins établissent un tableau de garde pour une durée minimale de trois mois transmis notamment à l'ARS, au préfet et aux CPAM.

La PDSA a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés :

- 1° Tous les jours de 20 heures à 8 heures ;
- 2° Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ;

<sup>10</sup>Rapport de la Cour des Comptes « l'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital, novembre 2024

<sup>11</sup>Rapport de la Cour des Comptes « l'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital, novembre 2024

<sup>12</sup> Le CODAMUPS-TS est une instance consultative départementale pilotée conjointement par le préfet et le DG ARS. Il joue un rôle central dans l'organisation de la PDSA, de l'aide médicale urgente (AMU) et des transports sanitaires en veillant à la qualité de la distribution de l'AMU et de l'adaptation de la PDSA aux besoins des populations, en favorisant la coopération des acteurs, en donnant des avis sur notamment le cahier des charges de la PDSA.

3° En fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

Les maisons médicales de garde (MMG) qui accueillent les médecins généralistes de garde dans une unité de lieu sont un des acteurs de la permanence des soins ambulatoire en ville. Elles ont été structurées par la circulaire<sup>13</sup> du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire, avec notamment en annexe un cahier des charges sur leur fonctionnement. Elles sont définies « *comme un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée* ». L'ARS accompagne le déploiement des MMG par un financement du lieu et d'éventuels coûts fixes. Elles demeurent une organisation associative des médecins libéraux du territoire pour la PDSA.

Le site « *Santé.fr* » recense actuellement 436 maisons médicales de garde tandis que dans les chiffres clés de l'offre de soins pour 2018, la DGOS recensait 339 MMG, témoignant d'une croissance de 13 MMG par an en moyenne, les ARS poursuivant un travail de maillage territorial avec les médecins libéraux. Dans le cadre de ses déplacements, la mission a pu constater que l'accès à certaines MMG était régulé dans le cadre de la PDSA et qu'elles n'accueillaient alors plus de patients qui se présentaient en dehors d'une régulation. Les organisations territoriales et le financement apporté par les ARS étaient hétérogènes.

#### 1.1.4 Les soins non programmés sont principalement encadrés par des tarifications spécifiques

Les soins non programmés font l'objet d'une tarification spécifique dans le cadre de la convention médicale. Cette dernière classe les tarifs principalement en fonction de la régulation mise en œuvre, et exceptionnellement seulement en fonction des caractéristiques des soins prodigués. La nouvelle convention médicale encadre fortement le recours à des majorations en les conditionnant à une orientation par la régulation du SAS et du 15. Le schéma ci-dessous produit par l'Assurance maladie permet d'identifier les différents types de majoration facturables selon l'orientation régulée du patient ou non.

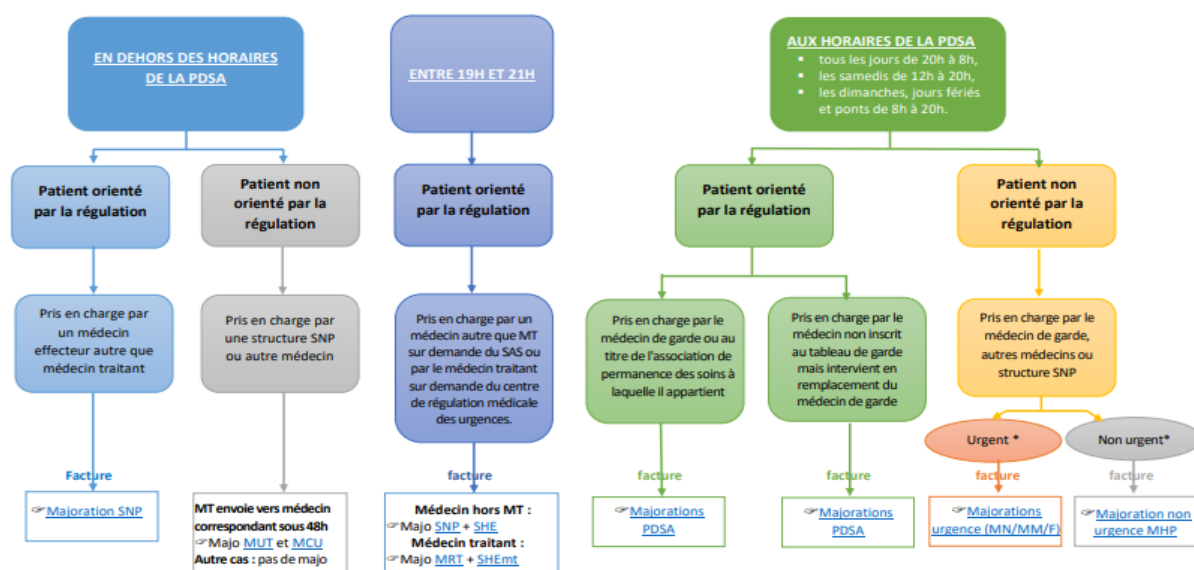
---

<sup>13</sup> Circulaire N°DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B/2007/137 DU 23 MARS 2007

Tableau 1 : Facturation des soins non programmés (SNP) par le médecin généraliste



## FACTURATION DES SOINS NON PROGRAMMÉS (SNP) PAR LE MEDECIN GENERALISTE



\*La définition de l'**urgence** : situation d'une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et nécessitant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles

DCGDR – mise à jour au 23/12/2024

Source : Assurance maladie (DCGDR Occitanie)

Les majorations proposées en cas d'orientation du patient par la régulation peuvent être très importantes, allant de 30 à 59,60 euros selon la consultation. En horaire PDSA, les médecins participant à la garde et recevant des patients orientés par la régulation peuvent procéder à des majorations dépassant les 30 euros tandis que les médecins accueillant des patients sans orientation préalable ne peuvent procéder à une majoration de seulement 5 euros. De même, en horaire hors PDSA, les patients orientés par le SAS peuvent entraîner une facturation de 15 euros tandis que les patients non orientés ne sont facturés que de 5 euros.



Tableau 2 : Montant des majorations\*

Majoration nuit, dimanche et jour férié		
Facturation en plus de la consultation ou de la visite, une majoration pour les actes effectués la nuit, le dimanche ou un jour férié en cas d'urgence justifiée par l'état du malade lorsque le patient est non orienté par la régulation médicale. L'urgence est définie comme la situation d'une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et nécessitant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles. Au regard de cette définition et dans la mesure où le patient est en situation d'urgence, une prise en charge par téléconsultation s'avère incompatible. C'est pourquoi, ces majorations ne sont pas facturables lors d'une téléconsultation		
MN : majoration pour acte de nuit de 20h à 00h00 et de 6h00 à 8h00	35,00 €	Facturable en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, Ce caractère d'urgence empêche toute facturation systématique de la majoration, même si la prise de rendez-vous via la plateforme de prise de rendez-vous respectait les critères de délais fixés pour définir un acte de nuit. Sont considérés comme acte de nuit les actes effectués entre 20h et 8h mais ces actes ne donnent lieu à majoration que si l'appel au praticien a été fait entre 19h et 7h.
MM : majoration pour acte de nuit de 00h00 à 6h00	40,00 €	
F: majoration pour acte le dimanche et jour férié (urgence)	19,06 €	La majoration de dimanche et de jours fériés peut s'appliquer à compte du samedi 12h si médecin de garde au cabinet
Majoration SNP aux horaires de PDSA non régulés		
MHP : majoration applicable à toutes les consultations et visites, non régulées, réalisées aux horaires de PDSA	5,00 €	Nouvelle majoration MHP applicable aux consultations et visites non régulées, réalisées aux horaires de PDSA et ne répondant pas à la définition de l'urgence, sous réserve que ces actes soient facturés à tarif opposable.
Valorisation de la prise en charge dans le cadre du Service d'accès aux soins (SAS)		
SNP : majoration pour la prise en charge par un médecin correspondant non médecin traitant pour un patient adressé par le médecin régulateur du SAS pour une prise en charge dans les 48h.	15,00 €	Facturable au tarif opposable, hors patientèle médecin traitant, réalisé dans les 48 heures. Non cumulable avec les actes CCAM excepté pour les actes autorisés en cumul avec une consultation conformément à l'article III-3 de la liste des actes et prestations, tel l'électrocardiogramme (ECG). Limitation du nombre de majorations SNP à 20 par semaine
SHE : majoration supplémentaire facturable lorsque un médecin accepte de prendre en charge un patient en dehors de sa patientèle médecin traitant entre 19h et 21h sur demande de la régulation SAS	5,00 €	Facturable hors patientèle médecin traitant, en sus de la majoration « SNP », sur demande de la régulation SAS.
SHE : majoration supplémentaire facturable pour la prise en charge d'un patient par le médecin traitant entre 19h et 21h sur demande du centre de régulation médicale des urgences	5,00 €	Facturable par le médecin traitant en sus de la majoration « MRT », lorsqu'ils acceptent de prendre en charge un patient de leur patientèle médecin traitant entre 19h et 21h sur demande du centre de régulation médicale des urgences.

\*Ce tableau ne liste qu'une partie des majorations possibles en cas de soins non programmés, car il ne couvre ni les interventions des spécialistes, ni les visites à domiciles, ni les majorations de la CCAM. Il concerne exclusivement les consultations de médecine générale.

Source : Mission à partir des documents de l'Assurance maladie d'Occitanie (DCGDR)

## 1.2 Des structures se dénommant « centres de soins non programmés » se sont développées rapidement avec une grande variété de structures juridiques

### 1.2.1 Des structures hospitalières (public, privé, privé non lucratif) ont transformé leurs services d'urgence en centres de soins non programmés

Des structures déployant comme activité principale une activité non programmée peuvent être des établissements de santé, publics, privés non lucratifs ou privés lucratifs. Certains ont été amenés à transformer leurs services d'urgence en services de soins non programmés avec des amplitudes horaires moindres, et parfois une organisation totalement transformée. La mission a visité deux centres de soins non programmés de structures hospitalières :

- Un centre de soins non programmés d'un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC : non lucratif), issu de la fermeture des urgences de ce même établissement depuis plus de 20 ans. Les horaires d'ouverture du centre étaient resserrés sur la journée avec des médecins généralistes, anciens urgentistes libéraux, bénéficiant des locaux et d'infirmières mises à disposition. Le centre relevait clairement du maintien d'une offre de soins non programmés sur un site initialement consacré aux urgences. L'adossement à l'établissement facilitait l'accès aux examens complémentaires en biologie ou radiologie ;

- Un centre de soins non programmés totalement intégré au service des urgences d'un établissement de santé privé à but lucratif, visant à différencier l'activité entre les réelles urgences et l'activité de soins non programmés à la fois dans la rémunération des médecins et dans le suivi de son activité par la clinique. L'établissement ne différenciait pas l'accueil des patients mais indiquait cependant inciter certains patients à revenir le lendemain lorsqu'ils se présentaient après 22h.

Dans d'autres situations, ce sont des urgences hospitalières qui ont été transformées en centres de soins non programmés, avec une amplitude horaire largement revue. L'offre de soins non programmés est ainsi adossée à des établissements identifiés territorialement pour leur rôle dans l'offre de soins, et permettant un accès facilité au plateau technique hospitalier. Les modèles organisationnels et financiers peuvent varier d'un site à l'autre, et il n'existe pas de données nationales permettant d'en déduire un modèle spécifique aux centres hospitaliers.

### 1.2.2 Des réseaux (dont la structure juridique est variable) se sont également développés à un rythme soutenu depuis la crise Covid

Depuis la crise Covid, des centres de soins non programmés s'implantent sur le territoire en dehors de toute structure hospitalière. Ils présentent une offre hétérogène, n'ayant pas d'existence propre dans la mesure où ce ne sont pas des établissements de santé : il s'agit d'une pratique libérale de la médecin encadrée par les règles d'installation des médecins libéraux. Ces réseaux peuvent être issus d'initiative de médecins urgentistes ou généralistes, ou d'entrepreneurs associés à des médecins qui ont modélisé un système d'accueil des patients pour des soins non programmés. Majoritairement, les médecins exerçant dans ces centres excluent d'être désignés médecins traitants et se consacrent quasi exclusivement aux soins non programmés. Les horaires peuvent être très étendus en journée et le week-end (9h-22h), ou se concentrer sur des horaires hors PDSA (9h-20h). Une dizaine de réseaux existent désormais sur le territoire national, d'autres sont en cours de développement : l'un des CSNP visité par la mission, ouvert il y a à peine un an, était d'ores et déjà en cours de déploiement de deux autres centres.

Les statuts juridiques de ces réseaux sont variés :

- Une majorité des centres est constituée sur le modèle des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) initialement conçu pour permettre la création de Maisons de santé pluridisciplinaires. Cependant, elles ne sont pas des MSP et ne font pas les démarches pour le devenir. D'autres combinent MSP et centre de soins non programmés ;

- Des centres sont constitués en SEL, société d'exercice libéral, structure juridique réservée aux professions libérales réglementées, permettant à ses membres d'exercer leur activité sous forme de sociétés de capitaux (SARL, SAS, SA, SCA) ;

- Des centres sont des sociétés civiles de moyens (SCM) pour mettre en commun les moyens d'exploitation comme le personnel, les locaux ou le matériel.

La mission n'a pas relevé de lien entre la pertinence de l'offre proposée par ces centres et l'identité juridique choisie. La variété de modèle de fonctionnement permet en revanche de distinguer des modèles économiques très hétérogènes (cf. annexe 1).

La crainte d'une financiarisation des CSNP a été souvent évoquée par les interlocuteurs de la mission : à noter que tous les CSNP organisés au sein des établissements de santé privés à but lucratif peuvent être considérés comme financiarisés.

La mission n'a pas été destinataire des contrats passés entre les médecins libéraux et les structures porteuses. Elle a toutefois observé, à l'instar de la mission IGAS-IGF sur la financiarisation des acteurs de la santé<sup>14</sup>, que des groupes financiers participaient au capital de certaines SAS des réseaux de CSNP et que les médecins rétrocédaient une partie de leur rémunération, sous forme de pourcentage d'activité ou d'un forfait quotidien pour différentes prestations allant de la location de locaux, du secrétariat, du développement et mise à disposition d'un système d'information, de la gestion centralisée des achats de matériels, à la création d'un site Internet.

Une autre modalité de financiarisation consiste en l'acquisition des locaux professionnels sous forme de SCI.

La crainte exprimée consiste également en la perte de l'indépendance professionnelle avec la fixation d'objectifs quantitatifs de nombre de consultation mais aucun exemple précis n'a été transmis à la mission d'autant qu'aucune donnée qualitative et quantitative d'activité n'est actuellement transmise par les CSNP, cf *infra*.

### 1.2.3 Les CSNP témoignent de la modification de la « consommation de soins » et des aspirations des soignants

#### 1.2.3.1 Le recours aux urgences demeure élevé

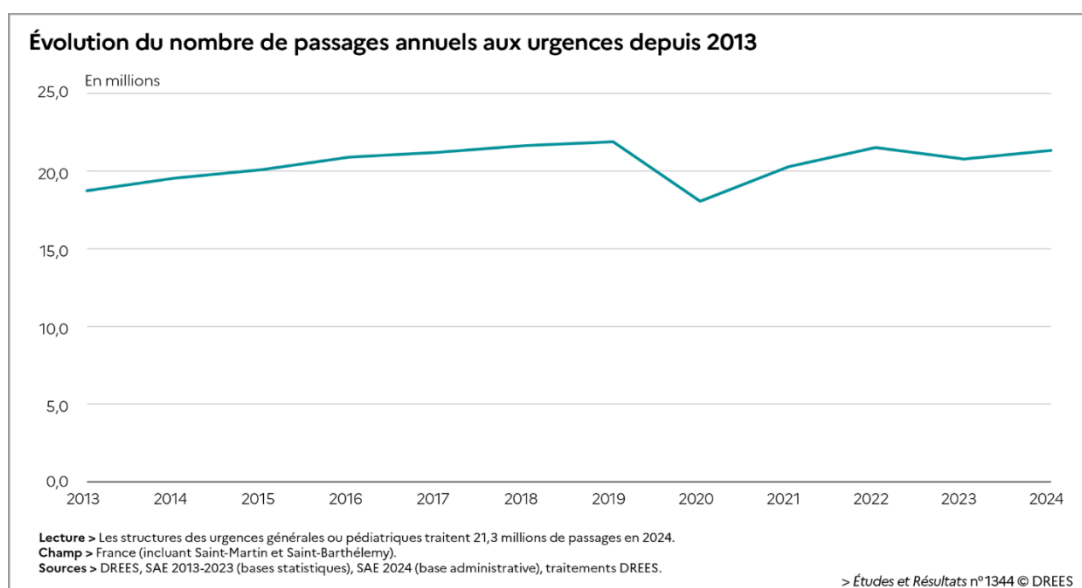
En 2024, le nombre de passages dans les structures des urgences générales ou pédiatriques rebondit de 2,5 %, après avoir diminué de 3,4 % en 2023, il s'élève donc à 21,3 millions de passages<sup>15</sup>. Le volume annuel de passage a doublé entre 1996 et 2019 et après une baisse marquée en 2020 liée à la crise COVID, la fréquentation est repartie à la hausse et demeure élevée.

---

<sup>14</sup> Rapport IGAS-IGF 2024-080R, Causes et effets de la financiarisation du système de santé, mai 2025

<sup>15</sup> DREES, Etudes et résultats n°1344

Graphique 2 : Nombre de passages annuel dans les services d'urgence



Source : *Études et résultats n°1344 – DREES - La dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics se poursuit en 2024 - Premiers résultats sur les établissements de santé en 2024*

La classification clinique des malades aux urgences (CCMU) permet de classer les passages aux urgences en fonction de la gravité de la pathologie. Elle varie de 1 (la moins grave) à 5 (la plus grave avec un pronostic vital engagé). En 2023, les passages aux urgences classés CCMU 1 et 2 représentaient 76% des passages avec une graduation selon l'âge des patients (89% pour les 2 à 15 ans et 56% pour les 75 ans et plus).

Selon la CNAM, 41% des passages aux urgences relèverait potentiellement de la ville avec une surreprésentation pédiatrique et une faible part de personnes âgées.

La hausse du nombre de patients aux urgences s'est accompagnée d'un allongement des durées de passage. En 2023, la moitié des personnes a séjourné plus de 3 heures soit 45 minutes de plus qu'en 2013<sup>16</sup>. La moitié des personnes s'est rendue dans un service d'urgence après adressage par un médecin dont la régulation médicale ou transportée par un véhicule de secours. Plus d'une personne sur 2 (53%) se rend dans un service d'urgence de sa propre initiative ou conseillée par un proche.

### 1.2.3.2 Les centres offrent une immédiateté de la réponse face à une réponse régulée peu lisible, mais font craindre un « consumérisme médical »

Dans un contexte d'accès parfois difficile au médecin traitant pour des pathologies aiguës ne nécessitant pas une prise en charge par un service d'urgence, les offres très protocolisées et visibles des centres de soins non programmés répondent à un nouveau mode de consommation des soins. Il s'agirait d'un souhait d'immédiateté combiné à une habitude de recours aux outils mis à disposition par les centres de soins non programmés : délais d'attente mesurés et visibles, accès à un service avec plateau technique permettant une réponse globale à un besoin de santé.

<sup>16</sup> DREES, étude et résultats n°1334, mars 2025

Une partie des interlocuteurs rencontrés souligne que l'implantation d'une nouvelle offre transforme le recours aux soins territoriaux. En conséquence, le succès de ces centres ne permet pas d'identifier si le recours des patients à cette offre témoigne d'un besoin de soins non couvert, d'une croissance des besoins, ou d'une transformation des habitudes avec déport des patients vers une nouvelle offre. Il ressort du rapport de la Cour des comptes sur l'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital que plus d'un appel sur deux au SAS est résolu par un conseil médical et n'entraîne pas d'orientation immédiate vers un médecin. Les CSNP n'ont pas cette régulation et accueillent tout patient qui se présente, y compris ceux qui n'ont besoin que d'un conseil médical.

La mission constate que malgré les efforts de structuration de l'ensemble des effecteurs du service d'accès aux soins, de la permanence des soins ambulatoires et de la régulation par le centre de réception et régulation des appels (CRRRA-15) ou le SAS, l'offre territoriale en cas de recherche d'un médecin pour des soins non programmés, est peu lisible et compréhensible par les patients. Ces derniers se tournent de manière privilégiée vers les indications disponibles en ligne, vers leurs médecins traitants ou vers des centres identifiés sur le territoire. Les médecins effecteurs de la permanence des soins témoignent notamment de la diminution de l'afflux de patients vers les maisons médicales de garde quand elles font l'objet d'une régulation (*cf infra*).

Dans tous les centres visités appartenant à des réseaux, la mission a pu constater un accueil protocolisé qui les démarquent de l'exercice habituel de la médecine générale.

Des sites internet ont été développés dans chaque réseau explicitant le fonctionnement, les horaires d'ouverture et permettant dans certains cas de connaître en temps réel la file d'attente pour chacun des médecins exerçants, ce qui permet au patient d'apprécier les temps d'attente prévisionnels. Les patients peuvent alors choisir de rester dans la salle d'attente ou rentrer chez eux en suivant à distance l'évolution de la file d'attente.

A l'entrée de ces centres, sont installées en général des bornes d'accueil destinées à enregistrer les informations administratives du patient et également son motif de consultation. Les bornes émettent alors un ticket avec un numéro ou code d'enregistrement et d'insertion dans la file d'attente. Un des réseaux, afin de faciliter l'attente, envoie par un SMS, quelques minutes avant l'horaire prévu de consultation, un rappel au patient qui lui permet ainsi de ne pas attendre dans la salle d'attente. Ces usages se rapprochent fortement des habitudes de consommation de la population dans le cadre de son utilisation du téléphone portable.

Certains centres bénéficiant d'un plateau technique et de la présence d'une infirmière sont organisés selon un modèle de service d'urgence avec un accueil et un « tri » par une infirmière, une installation dans un box de consultation où l'infirmière prend les constantes et la consultation d'un médecin qui se déplace de box en box.

### 1.2.3.3 Des centres qui répondent en partie aux aspirations d'installation des médecins libéraux

L'exercice de la médecine au sein des CSNP est considéré comme de la médecine « facile » contrairement à celle exercée par les médecins traitants. Les médecins ne prennent pas en charge les patients chroniques et/ou âgés qui nécessitent un temps de consultation plus important ainsi qu'un suivi (orientation du patient, gestion des problèmes sociaux, appel de confrères, préparation de l'hospitalisation puis du retour à domicile...). La prescription de traitement de substitution aux opiacées est souvent explicitement exclue.

Les aspirations des soignants sont assez peu documentées mais les éléments disponibles montrent le souhait d'une pratique plus collective et d'une souplesse/équilibre horaire. Des médecins rencontrés territorialement soulignent aussi le confort d'une installation dans des locaux qu'ils n'ont pas à gérer eux-mêmes avec une prise en charge du secrétariat et des systèmes d'information, autant de gestion que l'installation individuelle peut imposer. Ainsi, les centres de soins non programmés, quand ils appartiennent à des réseaux, ou des établissements hospitaliers, permettent à des degrés divers de se délester des charges de gestion.

La dernière étude du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) parue en 2019 sur l'installation des jeunes médecins<sup>17</sup> montrait une aspiration des jeunes médecins à l'installation en libéral, mais en privilégiant massivement un exercice collectif, avec des déterminants de choix d'installation liés aux relations familiale et à l'équilibre vie privée et vie professionnelle.

Il est plus difficile de mesurer les aspirations des médecins vis-à-vis du rôle joué en tant que médecins traitants. Il a pu être indiqué à la mission que des médecins généralistes ne seraient plus intéressés à suivre une patientèle médecin traitant, caractérisée par un suivi de patients atteints de maladies chroniques parfois lourdes, et vieillissants, nécessitant un investissement horaire et sur la durée très important et en croissance. Ils rechercheraient une plus grande diversité de patientèle. Ces éléments ne sont pas étayés. Des médecins rencontrés pratiquent à la fois une « médecine traitante », et une médecine en soins non programmés et affirment l'intérêt pour les deux pratiques. D'autres soulignent qu'ils apprécient de ne pas être médecins traitants et de recevoir des patients présentant à la fois des pathologies saisonnières, de la petite traumatologie et parfois des situations complexes car les patients atteints de maladies chroniques ont aussi besoin de soins non programmés.

De manière générale, compte tenu de l'implantation croissante des centres de soins non programmés (cf. partie II), il est craint une forte déstructuration de l'offre de premier recours, avec de jeunes médecins qui privilégieraient une installation en CSNP, et participant de fait à la pénurie de médecins traitants, ou en tout cas, à l'absence d'offre de médecins traitants sur certains territoires de santé. L'impact exact de ce phénomène est toutefois à nuancer au regard du nombre de centres existants (cf. infra, plus de 100 000 médecins généralistes en France<sup>18</sup>) sachant qu'une partie des médecins installés dans ces centres sont à temps partiel avec une pratique médicale par ailleurs.

<sup>17</sup>[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1thxouu/cnom\\_enquete\\_installation.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1thxouu/cnom_enquete_installation.pdf)

<sup>18</sup> Données DREES à janvier 2025 sur la démographie des professionnels de santé

## 2 Une installation majoritairement en zone urbaine dense, sans coordination ni concertation, qui cristallise les inquiétudes et polarise le débat

### 2.1 Des tentatives de recensement nationales ou territoriales

#### 2.1.1 Les critères de recensement

Les centres de soins non programmés n'ayant pas d'existence institutionnelle, ils sont difficiles à identifier et à recenser sur l'ensemble du territoire mais deux approches sont possibles, correspondant à deux tentatives d'identification menées au niveau national :

- L'approche déclarative, qui repose sur l'appréciation de chaque structure et des médecins qui y exercent. Pour les soins non programmés en général, cette approche a conduit à l'établissement d'une liste publiée sur le site « *santé.fr* », liste qui a ensuite fait l'objet d'un retraitement par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) afin de constituer un premier recensement des centres de soins non programmés ;
- L'approche par critères d'activité, qui porte sur l'ensemble de la médecine générale de ville. Elle consiste à repérer les centres potentiels sur la base de l'activité des médecins y exerçant (recours à certains actes traceurs, utilisation de majorations spécifiques, etc.). Cette méthodologie correspond aux travaux conduits par la CNAM pour identifier ces centres.

Les deux méthodes convergent pour situer l'ordre de grandeur des centres de soins non programmés à plusieurs centaines (entre 400 et 600 selon les méthodes de recensement, cf. annexe 1) sur l'ensemble du territoire. Elles mettent toutefois en évidence la grande diversité des structures identifiées, tant sur le plan juridique (SISA, SEL, SCM, etc.) qu'organisationnel (cabinet avec ou sans infirmier, avec ou sans plateau technique, etc.). Les recensements issus de ces démarches ne se recoupent que partiellement et demeurent incomplets pour certains types de structures, illustrant la difficulté actuelle d'identifier de manière exhaustive les CSNP au niveau national.

#### 2.1.2 Un recoupement partiel des tentatives de recensements, qui confirme la difficulté d'identifier ces centres

##### 2.1.2.1 Le recensement effectué par la DGOS sur une base déclarative identifie 372 structures réalisant des soins non programmés à titre principal

Une première cartographie des structures proposant des soins non programmés a été élaborée fin 2022 par la DGOS, en coordination avec les ARS, afin de recenser et de localiser l'offre de soins non programmés à l'échelle nationale, et d'en améliorer la visibilité pour la population. Cette cartographie est régulièrement actualisée, et accessible en ligne sur le site « *Santé.fr* ». Elle répertorie actuellement près de 1 600 structures.

Sur la base de cette cartographie et d'informations complémentaires, la DGOS a identifié 372 structures dont l'activité principale relève des soins non programmés et qui sont par conséquent susceptibles d'entrer dans le périmètre de la mission.

### 2.1.2.2 Le recensement effectué par la CNAM à partir des critères d'activité identifie 688 structures susceptibles de réaliser des soins non programmés

À la suite de plusieurs remontées de son réseau, la CNAM a cherché à identifier les CSNP dans ses bases de données à partir de l'activité individuelle des professionnels de santé qui y exercent, à supposer que cette activité se distingue suffisamment de celle pratiquée par le reste des praticiens.

L'analyse menée par la CNAM exploite les données du SNIIRAM/DCIR (Datamart de Consommation Inter-Régime), et porte sur le régime général (RG) et les sections locales mutualistes (SLM)<sup>19</sup>, pour l'année 2024 et la France entière. Cette base de données exclut les structures qui emploient des professionnels de santé salariés. Elle utilise un filtrage sur les adresses et sur les critères d'activité (médecin traitant, actes traceurs...).

Cette méthodologie identifie 688 centres de soins non programmés potentiels au niveau national. Un croisement avec la liste « santé.fr » et une recherche manuelle a permis à la mission de retrouver, dans la plupart des cas, à quelle structure d'exercice concrète correspond chaque adresse retenue.

### 2.1.3 Les différents types de centres recensés

Selon la liste DGOS, ces structures présentent une grande diversité : 25 % appartiennent à des réseaux organisés, 19 % sont rattachées à des établissements de santé privés, 19 % correspondent à des cabinets SOS Médecins, 10 % à des établissements publics de santé tandis que le reste regroupe des associations, des cabinets de montagne, des sociétés ainsi que quelques communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Tableau 3 : Typologie des centres de soins non programmés recensés par la DGOS

Catégorie de structure	Effectif	Pourcentage
Centres organisés en réseaux ou fédérations	95	25,5 %
Etablissements de santé privés	71	19,1 %
SOS Médecins	71	19,1 %
Sociétés	70	18,8 %
Etablissements publics de santé	37	9,9 %
Cabinets de montagne	7	1,9 %
Associations	5	1,3 %
ESPIC	5	1,3 %
CPTS	2	0,5 %
Autres	9	2,4 %
Total	372	100 %

Source : Mission d'après la liste DGOS

<sup>19</sup> RG : 76 % des bénéficiaires en 2016, SLM : 11 % des bénéficiaires en 2016.



Comme pour le recensement de la DGOS, la liste de la CNAM comporte une grande variété de structures majoritairement des cabinets médicaux sous forme de société (39 %), des établissements de santé privés (19 %), des centres organisés en réseaux (15 %) et des maisons de santé pluriprofessionnelles (11 %).

Tableau 4 : Typologie des centres de soins non programmés potentiels identifiés par la CNAM

Catégorie de structure	Effectif	Pourcentage
Cabinet médical sous forme de société (SEL, SISA, SCM)	270	39,2 %
Etablissements de santé privé	130	18,9 %
Centres organisés en réseaux ou fédérations	100	14,5 %
Maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP)	75	10,9 %
Pôle de santé	14	2 %
Centres SOS Médecins	12	1,7 %
Cabinet de montagne	9	1,3 %
Etablissements publics de santé	5	0,7 %
CPTS	3	0,4 %
Centres non identifiés (probable cabinets médicaux)	55	8 %
Autres	15	2,2 %
Total	688	100.0 %

Source : Mission d'après les données CNAM

#### 2.1.4 En l'absence de définition juridique, la mission a fait le choix de ne pas établir sa propre liste

Les adresses figurant dans la liste CNAM et dans la liste DGOS ne permettent pas d'effectuer une correspondance directe. Pour identifier les centres communs aux deux recensements, la mission a procédé à la géolocalisation des structures de chaque liste, puis à un rapprochement géographique par un calcul de distances. Par cette méthode, environ 200 centres communs ont pu être recensés entre la liste DGOS et la liste CNAM.

Ce recoupement partiel confirme qu'en l'absence de définition réglementaire, l'identification des centres au niveau national est difficile.

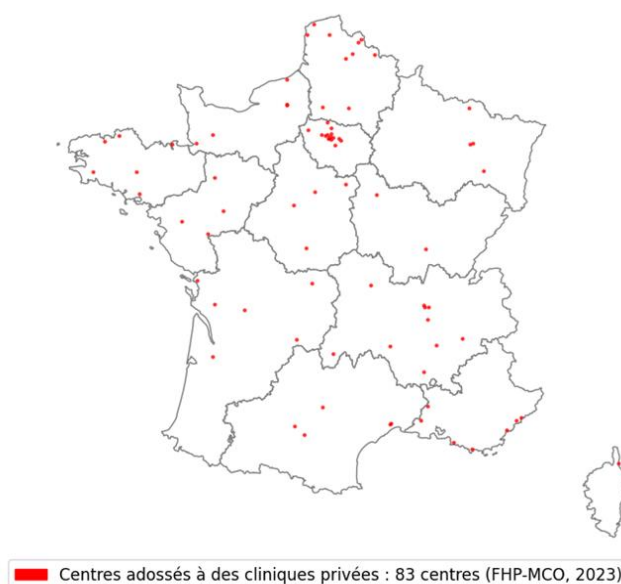
Par ailleurs, des écarts apparaissent entre les recensements nationaux et certaines remontées locales. Ces écarts suggèrent que la liste établie par la DGOS constitue une borne basse du nombre de centres, tandis que la liste de la CNAM correspond à une borne haute. En Auvergne-Rhône-Alpes, la liste transmise par la DGOS dénombre 49 CSNP, contre 64 selon l'ARS, et 94 dans la liste CNAM. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, la DGOS recense 90 centres, alors que l'ARS en identifie au moins 140, et que plus de 150 centres sont retenus par la méthodologie de la CNAM, en Ile-de-France, l'ARS identifie 38 structures contre 51 pour la DGOS et 77 pour la CNAM.

Les données concernant les ARS ont été recueillies par la mission en juillet 2025 ce qui peut expliquer en partie les différences avec la liste DGOS qui est plus ancienne.

Le nombre de centres organisés en réseaux apparaît sous-estimé par les deux listes au vu des données mentionnées sur les sites Internet. Ainsi, les listes DGOS et CNAM identifient respectivement 21 et 26 centres du réseau CMSI, tandis que ce dernier affiche actuellement 32 centres sur son site internet.

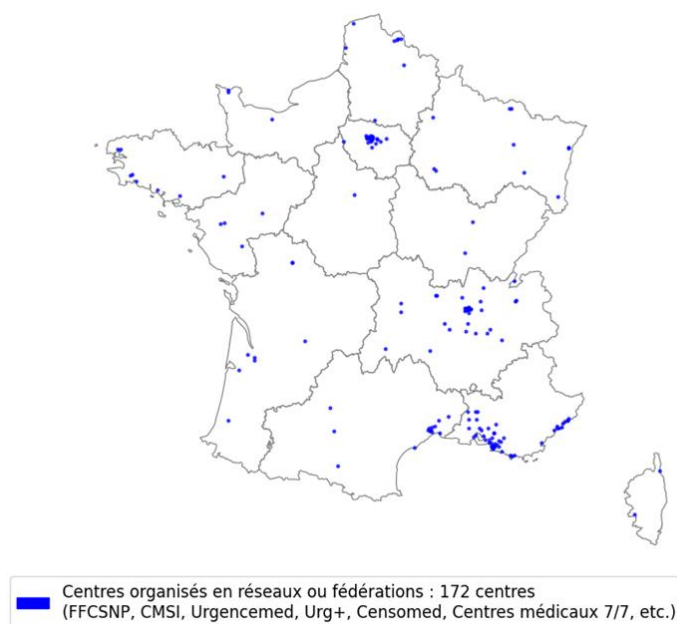
Étant donné la diversité des structures susceptibles d'être qualifiées de « centre de soins non programmés » sur le territoire et l'absence de définition du terme, il n'est pas possible pour la mission d'établir une liste exhaustive. En revanche, il est possible de cartographier deux ensembles clairement structurés sur le territoire : d'une part les établissements de santé privés, qui comptaient 83 centres de soins non programmés en 2023 ; d'autre part les principaux réseaux et fédérations identifiés (CMSI, FFCSPN, Urgencemed, Centres médicaux 7/7, Urg+, Censomed, etc.), qui représentent plus de 170 centres à l'échelle nationale, d'après le regroupement par la mission des cartographies de chaque réseau.

Carte 1 : Cartographie des CSNP développés par les établissements de santé privés à but lucratif (recensement FHP-MCO 2023)



Source : Mission d'après l'enquête FHP-MCO réalisée en 2023

Carte 2 : Cartographie des CSNP organisés en réseaux ou fédérations



Source : Mission d'après les sites internet des principaux réseaux

Ces deux cartographies montrent une implantation territoriale beaucoup plus homogène des CSNP des établissements de santé privés par rapport à une implantation des CSNP libéraux concentrée en PACA et AURA.

## 2.2 Une implantation hétérogène sur le territoire, majoritairement en zone urbaine dense et une faible articulation avec les dispositifs de régulation des urgences

Pour analyser l'implantation territoriale des centres et leur articulation avec les besoins de santé auxquels ils pourraient répondre, la mission s'appuie par la suite sur le recensement fourni par la DGOS. En effet, une partie des structures présentes dans la liste CNAM n'a pas pu être identifiée précisément par la mission notamment parce que de nombreux cabinets retenus par cette méthodologie ne paraissent pas se distinguer suffisamment de cabinets de médecine générale classique. Les résultats relatifs à l'implantation territoriale des CSNP sont toutefois robustes à l'utilisation de l'un ou l'autre recensement.

### 2.2.1 Un développement très hétérogène entre les régions, mais principalement en zone urbaine dense

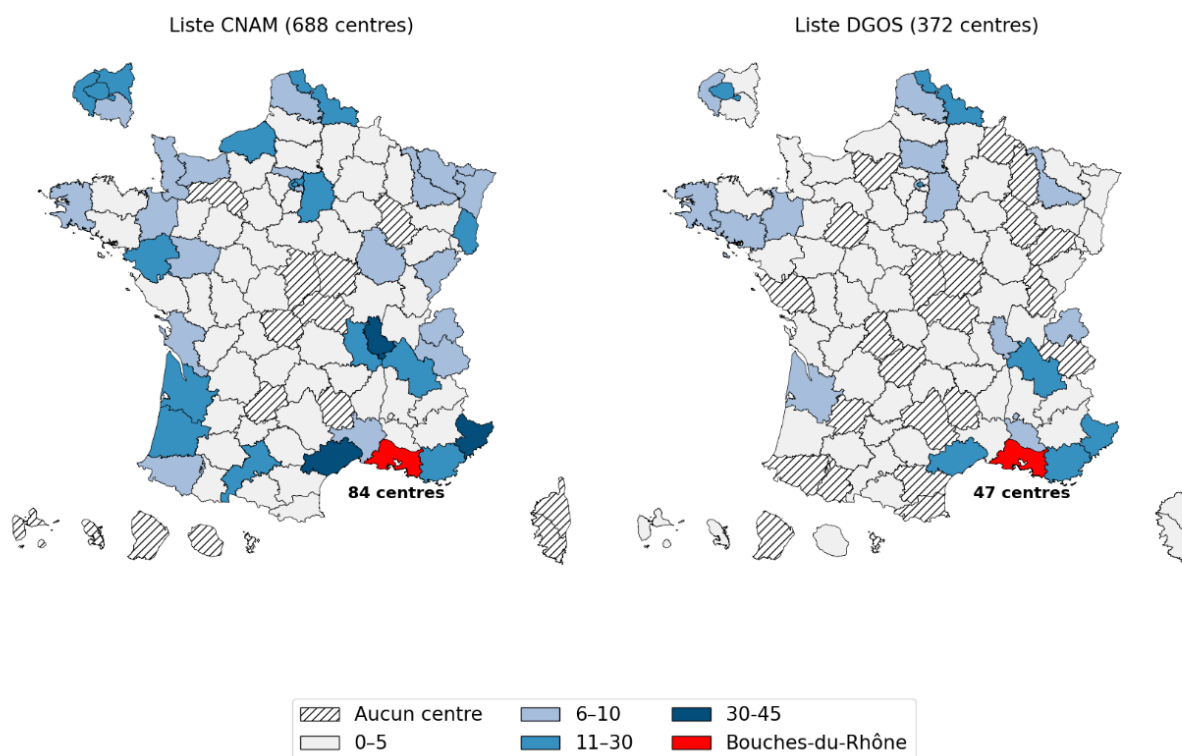
Les centres de soins non programmés se sont développés de manière très hétérogène sur le territoire.

Le développement le plus marqué concerne les régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Auvergne-Rhône-Alpes. Dans ces régions, certains départements présentent une densité

particulièrement élevée de centres. Le département des Bouches-du-Rhône possède le plus grand nombre de structures, avec plus de 12 % du nombre total.

À l'inverse, 21 départements métropolitains ne compteraient aucun centre de soins non programmés. Dans la majorité des départements couverts, l'offre demeure réduite : 55 % comptent trois centres ou moins, et 75 % en comptent cinq ou moins.

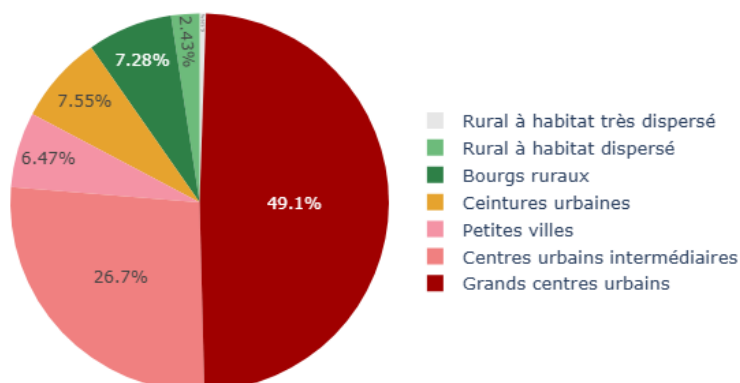
Carte 3 : Répartition départementale du nombre de centres de soins non programmés (CSNP), d'après les listes CNAM et DGOS



Source : Mission à partir des listes de la CNAM et de la DGOS

Le croisement des communes d'implantation des centres avec la grille communale de densité de l'Insee montre que leur développement s'est concentré dans les zones urbaines denses. Ainsi, près de la moitié sont implantés dans de grands centres urbains, tandis que moins d'un quart se trouvent dans des zones rurales. Cette implantation privilégiée des centres dans des territoires où la demande potentielle de soins est plus forte a été confirmée par les principales ARS concernées.

Graphique 3 : Répartition de l'implantation des CSNP identifiés selon la densité de population des communes



Source : Mission d'après la grille de densité 2025 de l'INSEE et de la liste DGOS

## 2.2.2 Une implantation réduite dans les territoires à faible accessibilité aux soins de premier recours

Il est difficile de mesurer précisément le lien entre l'implantation des centres de soins non programmés et l'existence d'un besoin de prise en charge, notamment en matière d'accessibilité aux soins. Plusieurs indicateurs peuvent toutefois être mobilisés pour apprécier le niveau d'accessibilité aux soins des territoires :

- La classification des zones sous-denses en médecins, arrêtée par les ARS et associée à des dispositifs d'aide à l'installation des médecins libéraux : zones d'intervention prioritaire (ZIP) et zones d'action complémentaire (ZAC), permet d'identifier les territoires présentant un déficit d'offre médicale ;
- La typologie communale de l'accès aux soins de premier recours élaborée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)<sup>20</sup>. Cet indicateur prend en compte l'accessibilité aux soins, la dynamique de l'offre ainsi que les besoins en santé. Cet indicateur répartit les communes en 7 classes d'accessibilité ;
- L'articulation des CSNP avec le développement des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP).

En utilisant le recensement fourni par la DGOS comme liste de référence<sup>21</sup>, il apparaît qu'environ un quart des centres identifiés (25 %) se trouve dans une commune classée en zone d'intervention prioritaire (ZIP) ou comprenant un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) en ZIP, alors qu'au niveau national 39 % des communes sont classées en ZIP. 21 % des CSNP sont situés dans

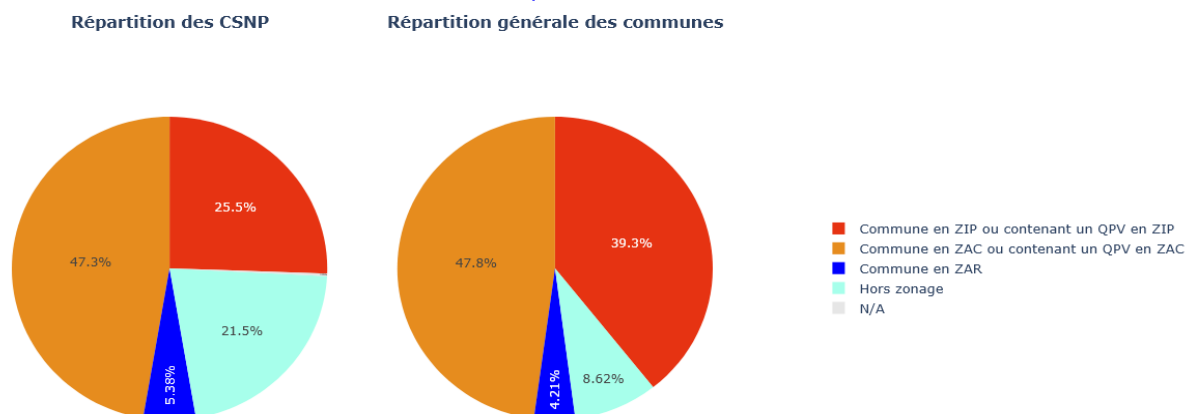
<sup>20</sup> Bonal, M., Padilla, C., Chevillard, G. & Lucas-Gabrielli, V. (2025). Une approche multiprofessionnelle de l'accessibilité aux soins de premier recours : des configurations territoriales très diverses. Document de travail n° 93, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), mars 2025.

<sup>21</sup> Les proportions sont robustes à l'utilisation du recensement de la CNAM.

des communes ne bénéficiant pas d'aide à l'installation alors qu'elles ne représentent que 9 % du total des communes.

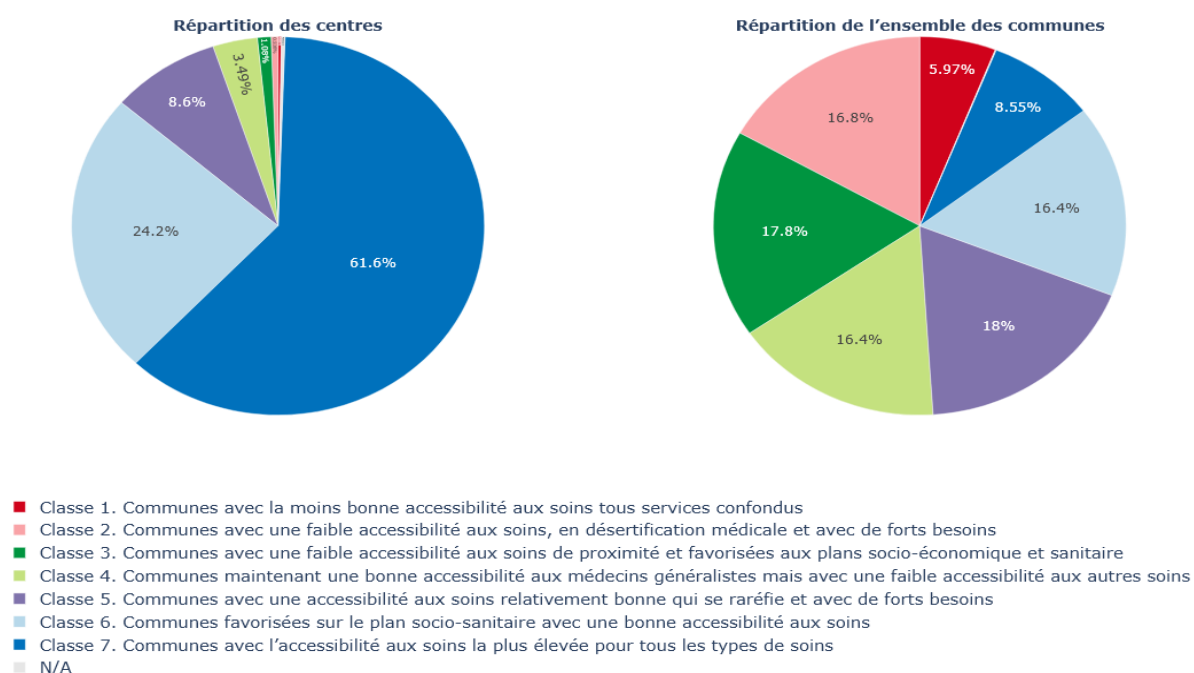
Ces données mettent donc en évidence que les CSNP s'implantent proportionnellement moins dans les zones sous-denses.

Graphique 4 : Typologie des lieux d'implantation des CSNP selon le zonage conventionnel des ARS, d'après la liste DGOS



Enfin, le croisement avec la typologie communale de l'accès aux soins montre que les structures identifiées se sont développées dans les communes ayant une bonne accessibilité aux soins de premier recours. Ainsi, 62 % des CSNP sont implantés dans des communes avec l'accessibilité aux soins la plus élevée alors qu'elles ne représentent que 8 % des communes.

Graphique 5 : Accessibilité aux soins des communes d'implantation des CSNP, d'après la liste DGOS



Le croisement avec le nombre de MSP par commune montre que plus de la moitié des centres se sont implantés dans des communes comportant déjà une MSP<sup>22</sup>.

### 2.2.3 La plupart des CSNP se trouvent sur des territoires présentant un nombre élevé de passages aux urgences évitables, sans qu'il ne soit possible de quantifier leur impact sur ces passages

Les CSNP affichent pour ambition la réduction du nombre de passage aux urgences, notamment lorsque la pathologie peut être prise en charge sans recours à un plateau technique hospitalier.

L'outil TRU-SNP, développé par l'ARS PACA à la demande de la DGOS, permet d'objectiver à l'échelle d'un territoire le volume de passages évitables et constitue ainsi une aide à la décision pour évaluer l'opportunité d'implanter un CSNP.

D'après les travaux de l'observatoire régional de la santé (ORS) PACA, les passages aux urgences relevant potentiellement de la ville (PRPV) représentent environ 40 % des passages aux urgences, même si ce taux peut varier selon les territoires. Les PRPV concernent plus souvent des pathologies traumatiques, et parmi les passages aux urgences liés à la traumatologie, près de 80 % sont des PRPV. Il a notamment été estimé que plus de la moitié de ces PRPV liés à la traumatologie pourraient être pris en charge dans un cabinet médical avec accès différé à la radiologie.

Le croisement des données issues de cet outil avec la localisation des CSNP dans les deux régions les plus concernées montre que leur développement s'effectue dans des territoires caractérisés par un nombre élevé de passages évitables. Toutefois, cette situation peut toutefois s'expliquer par leur implantation majoritaire dans des zones urbaines denses, où se trouvent également des services d'urgence et où, mécaniquement, le volume de passages potentiellement évitables est plus important.

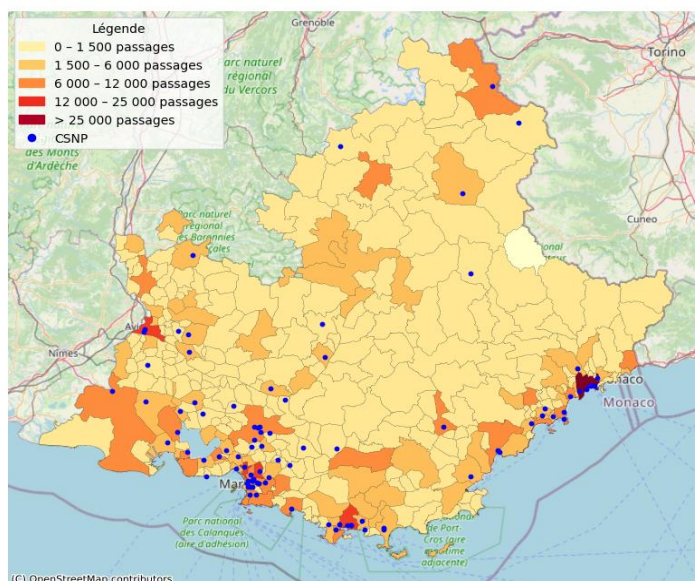
La mission n'a pas eu connaissance d'autre étude sur cette thématique.

---

<sup>22</sup> Le site CartoSanté recense 2832 MSP en 2024.



Carte 4 : Répartition des PRPV en PACA et articulation avec l'implantation des CSNP



Source : Mission d'après l'outil TRU-SNP et la liste DGOS complétée pour les principaux réseaux

Cependant, au-delà de l'analyse descriptive de l'implantation des centres, il est très difficile de quantifier l'impact de leur développement sur le nombre de passages aux urgences à l'échelle d'un territoire.

Une étude économique réalisée par le cabinet Antares Consulting sur les CMSI de Nancy et Poitiers met en avant une concomitance entre l'augmentation des passages dans le CMSI de Nancy et une diminution des passages dans les services d'urgence de la région Grand Est entre 2019 et 2023, de même pour le CMSI de Poitiers entre 2022 et 2023.

Toutefois, la variabilité annuelle du nombre de passages dans les services d'urgence ne permet pas de conclure sur une tendance à la baisse des passages en SAU dans les régions considérées.

Dans le cas de certains CSNP ayant conventionné avec un service d'urgences, la mission a recueilli des informations indiquant que, si des réorientations de patients sont effectivement réalisées depuis les urgences vers ces centres, leur volume demeure limité à une dizaine par jour et leur impact sur le flux global des passages aux urgences reste difficile à quantifier.

À l'échelle d'un territoire, les difficultés d'identification sont encore plus marquées. La variabilité des passages aux urgences, combinée à l'absence de données précises sur le parcours des patients fréquentant les CSNP, rend particulièrement complexe l'établissement d'un contrefactuel robuste permettant d'estimer le nombre de passages aux urgences qui aurait été constaté en l'absence de développement des CSNP au cours des dernières années.

Dans le département de la Vendée, sept CSNP ont été mis en place fin 2022 avec l'appui de la CPTS dans le cadre d'une convention tripartite : centre hospitalier départemental Vendée, ARS et CPTS. Le nombre de passage aux urgences a chuté en 2024 de 6 % avec 57 % des patients se rendant aux urgences après régulation (l'accès aux urgences est régulé uniquement après 20h). Un changement des caractéristiques des patients a été observé avec une baisse sensible des patients classés CCMU1 de 13 % à 8 % et une augmentation de 7 à 13 % des patients avec un degré de



gravité plus important, classés CCMU3. Une subvention d'équilibre est versée par l'ARS car l'activité est déficitaire depuis son lancement.

Ces éléments vendéens appellent à étendre le suivi des passages aux urgences en lien avec les passages dans les CNSP pour quantifier l'éventuelle réorientation de patients, et l'évolution des situations des patients qui se présentent aux urgences. Aujourd'hui, les données sont trop parcellaires et, contrairement à la Vendée, ne comprennent pas d'analyse combinée de la patientèle des CNSP et des urgences d'un même ressort géographique.

### 3 Une nouvelle offre en réponse aux demandes de de soins non programmés qui cristallise néanmoins certaines inquiétudes

#### 3.1 L'activité des CNSP donne une indication sur les besoins de santé auxquels ils répondent

##### 3.1.1 L'activité des CNSP peut être classée en cinq catégories

Pour distinguer, au-delà des différentes catégories de CNSP (centres organisés en réseaux, liés à des établissements de santé, cabinets médicaux, maisons de santé pluriprofessionnelles...), quels sont les modèles d'activité, la mission a réalisé une analyse par « *clustering* »<sup>23</sup> à partir des variables d'effectifs (nombre de médecins généralistes et d'IDE), des variables d'activité rapportées à la séance (nombre d'actes ou de majorations par séance), et des variables structurelles d'organisation (nombre de séances par professionnel de santé, pourcentage de séances multi professionnelles, nombre total de séances). Cette analyse permet de mettre en évidence cinq grands types d'activités parmi les structures identifiées par la CNAM.

Bien que les clusters identifiés présentent encore une hétérogénéité pour certaines variables, ils confirment qu'aucun modèle-type d'activité n'existe pour les centres de soins non programmés. La diversité des activités reflète la diversité des structures, et au sein même des catégories de centres (établissement de santé, cabinets médicaux, réseaux), plusieurs modèles paraissent cohabiter.

Le clustering permet de distinguer cinq groupes de structures, qui se différencient autant par leur taille, leurs effectifs médicaux et paramédicaux, que par leur recours aux cotations ou majorations, et par leur volume d'activité.

Le **premier cluster**, qui rassemble la majorité des structures de l'échantillon (environ 400 sur 688), comporte des structures apparentées à des cabinets de médecine générale. Ces centres, souvent composés de quelques médecins et ayant une présence limitée en infirmier, réalisent une activité centrée sur la consultation classique, avec un volume relativement modeste (moins de 5000 séances par an en moyenne), peu spécialisé et avec une quasi-absence d'activité technique. La moitié d'entre eux réalise plus d'un cinquième de ses séances avec la majoration PDSA, traduisant une part significative de pratique en horaires de permanence des soins.

<sup>23</sup> La méthode d'analyse statistique par clustering est présentée en annexe 1.

Le **deuxième cluster** (120 centres) regroupe des structures à forte composante technique, comprenant principalement des établissements de santé privés et cabinets médicaux réalisant de nombreux actes CCAM, mais aussi des cabinets de montagne, quelques MSP et certains centres appartenant à des réseaux de CSNP. Il se caractérise par une activité technique marquée, typique des soins non programmés (présence d'actes traceurs), et, dans certains cas isolés, par une cotation intensive de certains actes spécifiques. En revanche, le recours aux majorations (PDSA, MNF) reste limité. L'effectif médical y est intermédiaire (souvent entre deux et trois médecins), et malgré l'importance de l'activité technique, la présence d'infirmier est quasi inexistante.

Le **troisième cluster** (104 centres) se caractérise par le volume de l'activité. Il regroupe souvent des établissements de santé privés, mais aussi de nombreux centres organisés en réseaux. Ces structures se distinguent par un nombre annuel de séances par professionnel sensiblement supérieur à la moyenne. Le recours aux majorations y est limité et l'activité technique reste marginale : la moitié des centres réalise moins de 10 % de ses séances avec un acte CCAM. Les effectifs médicaux peuvent être importants, mais la présence d'un infirmier est rare (un centre sur deux n'en compte aucun). Ce cluster correspond donc à des structures à fort rendement, capables d'absorber un volume élevé de patients.

Le **quatrième cluster** correspond à un modèle plus rare (33 centres), qui montre une utilisation importante du binôme médecin-infirmier, par la réalisation fréquente de séances multidisciplinaires (médecin et IDE), dans la moitié des séances en moyenne. Ces structures, souvent de petite taille, se caractérisent par une présence renforcée d'infirmiers (plus de deux en moyenne), et une orientation non négligeable de leur activité vers les actes techniques (médiane de 0,2 acte CCAM/séance). Leur recours aux majorations reste faible, mais leur profil traduit un mode d'organisation particulier, misant sur la complémentarité médecins-infirmiers, avec un volume d'activité intermédiaire et une connotation technique de l'activité.

Le **cinquième cluster** (32 centres) regroupe des structures recourant aux majorations pour une part significative de leur activité. Il inclut notamment les centres SOS Médecins ainsi que certains cabinets médicaux. Dans ce groupe, une large part de l'activité repose sur les majorations PDSA et MNF : plus d'une séance sur deux est cotée avec la PDSA et près d'une sur deux avec la MNF. Les volumes de séances restent modérés et ces structures ne mobilisent jamais d'infirmier.

### 3.1.2 L'organisation des CNSP montre deux modèles possibles entre médecine de premier recours non programmée et médecine avec plateau technique

#### 3.1.2.1 Le périmètre d'équipe et de soins proposés est variable

La majorité des structures identifiées par la CNAM semble correspondre à des cabinets médicaux regroupant quelques médecins généralistes, dans lesquels exercent éventuellement une ou plusieurs infirmières diplômées d'Etat (IDE). Plus de 60 % des centres recensés comptent un ou deux médecins libéraux, et la moitié ne dispose d'aucune IDE. Les deux profils les plus fréquents sont : des centres avec deux médecins sans IDE (19,9 %) et des centres avec un médecin et une IDE (9,4 %).

La présence d'un petit plateau technique pour prendre en charge la traumatologie simple (suture, plâtre, entorse simple, retrait de corps étrangers...) se retrouve essentiellement dans les structures organisées en réseaux qui en font un marqueur de leur activité et le mentionne sur leurs sites

internet et dans les services hospitaliers. Lors de ses déplacements, la mission a pu constater que la part de la traumatologie pouvait varier de 10 % à 60 % de l'activité totale selon la spécificité de ces centres, leur ancrage territorial et les liens tissés avec les services d'urgence et le CRRA-15.

L'existence d'un plateau technique pour la petite traumatologie impose soit de disposer d'un équipement de radiologie soit de pouvoir bénéficier rapidement de l'accès à une offre d'imagerie médicale. Pour la majorité des centres, une convention a été conclue avec un centre de radiologie situé à proximité afin de faciliter la prise en charge du patient en lui garantissant une prise en charge rapide. Un réseau forme tous ses médecins à l'utilisation des appareils de radiologie. Evidemment, les établissements de santé disposent, quant à eux, déjà des plateaux techniques.

Certains centres ont recours à une offre de biologie médicale délocalisée même si réglementairement cette possibilité n'est pas autorisée. Dans la très grande majorité des centres, une convention a été conclue avec un laboratoire de biologie médicale pour la réalisation rapide des analyses. Dans certains cas centres, un ramassage régulier des prélèvements est mis en place.

Lors de ces déplacements, certains centres, minoritaires, ont fait état d'un souhait de disposer de médicament de la réserve hospitalière afin d'améliorer la prise en charge médicale. L'inscription d'un médicament à la réserve hospitalière est notamment justifiée par des raisons de contraintes de dispensation et d'administration<sup>24</sup> et les CSNP ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur ne peuvent ni les acquérir ni les dispenser. La mission considère qu'alors que la connaissance des patients accueillis et de leur parcours est inexistante, une telle ouverture est pour l'heure, impossible.

La mission a également eu connaissance de la mise à disposition de médicaments par une officine dans les locaux des centres et une délivrance par le médecin et/ou l'infirmier présent. Cette pratique n'est cependant pas autorisée<sup>25</sup>. La mission considère qu'elle emporte en outre des risques dans la gestion du stock, la conservation des médicaments et le respect des règles de dispensation, avec en conséquence des questions de responsabilité pharmaceutique. Les centres en revanche peuvent disposer d'un stock de médicaments d'urgence.

La mission a par ailleurs souvent constaté la mise à disposition par des prestataires de dispositifs médicaux, notamment les orthèses, garantissant ainsi une prise en charge immédiate du patient.

### 3.1.2.2 Le CSNP avec plateau technique pourrait constituer une forme intermédiaire de soins entre la médecine de ville et les services d'urgence

La médecine de ville n'offre que peu de réponse pour les patients qui nécessitent une prise en charge rapide dans les 48 heures et/ou une prise en charge pour la traumatologie simple (suture, enlèvement de corps étrangers, immobilisation...) sans besoin de recourir à un plateau technique hospitalier. Si certains médecins de garde procèdent à ces prises en charge, ils se heurtent rapidement au besoin d'un plateau technique. Et de manière générale, les patients ont perdu le réflexe de s'adresser au médecin généraliste pour de la traumatologie simple, ils se tournent spontanément vers les urgences.

<sup>24</sup> Décret n° 2021-1531 du 26 novembre 2021 relatif au transfert à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de la gestion de la liste mentionnée au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique

<sup>25</sup> Article R5215-8 du code de la santé publique

Les centres de soins non programmés qui disposent d'un accès à un plateau technique de radiologie et de biologie médicale et qui prennent en charge la petite traumatologie peuvent constituer une forme intermédiaire de prise en charge entre la médecine de ville et les services d'urgence préconisée par plusieurs rapports<sup>26 27 28</sup>, dès lors que leur action est coordonnée avec les acteurs de soins locaux, la régulation et les services d'urgence.

Les CSNP doivent être en mesure d'accueillir des patients souhaitant régler un problème de santé imprévu ne relevant pas de l'urgence et classés comme relevant de la CCMU1<sup>29</sup> ou de la CCMU2<sup>30</sup>.

Ils permettent ainsi de réduire le nombre de passages aux urgences en accueillant directement les patients, ou par adressage par la régulation voire par le service des urgences pour les patients qui ne nécessitent pas de prise en charge hospitalière.

Aujourd'hui, l'impact sur les services d'urgence est faible car l'implantation de ces centres n'a pas été régulée avec pour conséquence une implantation sans concertation avec les acteurs du système de soins et qui ne tient pas compte des besoins territoriaux. Les liens avec les services d'urgence et les régulations sont ainsi très parcellaires. Cependant, *cf supra*, des premiers résultats encourageants sont toutefois notés dans certains départements. Pour mesurer pleinement l'impact de tels centres sur les passages aux urgences, des données nationales avec modalités de suivi harmonisées seraient nécessaires. Les études ponctuelles ne peuvent renseigner que sur des situations locales.

Certains CSNP sont directement issus de la transformation de services d'urgence. Ils conservent une partie de leurs équipes et leur organisation dont leur système d'information mais restreignent les horaires à la journée. Ils sont connus des services de l'ARS, du SAS et du CRRA-15. Leur équilibre économique n'est pas toujours assuré et ils peuvent bénéficier de financement de l'ARS. Ils offrent un mode d'exercice apprécié des médecins urgentistes.

## 3.2 Le resserrement récent de la convention a déjà eu un impact significatif sur le recours excessif aux majorations

### 3.2.1 Le modèle économique initial des CSNP libéraux reposait parfois sur un recours excessif aux majorations

Les données transmises par la CNAM font apparaître un total de 371 M€ de remboursements de consultations ou actes techniques par l'Assurance maladie (dont 347 M€ pour la métropole). La répartition territoriale de ces remboursements est hétérogène et reflète celle du nombre de

<sup>26</sup> Rapport sur la territorialisation des services d'urgence – Dr Grall- juillet 2015

<sup>27</sup> Rapport 2016-011Z, Modalités de mise en œuvre du rapport sur la territorialisation des urgences-Octobre 2016

<sup>28</sup> Rapport Cour des comptes, L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital-novembre 2024

<sup>29</sup> CCMU 1 : État clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.

Examen clinique simple. ex. : angine, malaise vagal non symptomatique, plaie sans suture, otite...

<sup>30</sup> CCMU 2 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable. Décision d'acte complémentaire diagnostique (Prise de sang, Radiographie conventionnelle) ou thérapeutique (suture, réduction) à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

centres, avec un volume important des remboursements concentré dans le département des Bouches-du-Rhône.

La moitié des structures identifiées perçoivent moins de 360 000 € de remboursements totaux de l'Assurance maladie, tandis que plusieurs dizaines reçoivent des montants de l'ordre de plusieurs millions d'euros. Cette forte disparité reflète l'hétérogénéité des volumes d'activité : la liste inclut aussi bien de petits cabinets que des structures dotées d'effectifs importants. En moyenne, les centres ont réalisé environ 12 000 séances de soins et accueilli un peu plus de 5 000 patients en 2024, mais certains dépassent plusieurs dizaines de milliers de séances et de patients. En particulier, une quarantaine de centres a effectué plus de 40 000 séances de soins sur l'année.

Les structures avec le plus d'effectif concentrent le volume d'activité. Les centres disposant d'effectifs importants concentrent une part significative du volume global. Ainsi, les structures réunissant plus de huit professionnels de santé (médecins et/ou IDE) ne représentent que 6 % de l'ensemble (41 centres sur 688), mais prennent en charge 19 % des patients recensés et réalisent 18 % des séances totales. Elles pèsent également de manière notable sur certaines activités : 23 % des majorations régulées (PDSA), 26 % des majorations non régulées (MNF), 13 % des majorations SNP, ainsi que 17 % du total des actes CCAM et 13 % des actes YYYY010<sup>31</sup>.

Les majorations sont peu utilisées dans l'ensemble, mais certains centres y recourent de manière intensive. Dans l'ensemble, les majorations non régulées MNF et les majorations SNP sont peu utilisées : 40 % des centres n'ont coté aucune de ces deux majorations au cours de l'année 2024. Mais les 10 centres les plus actifs sur la majoration MNF concentrent à eux seuls plus de 50 % du volume total, et la majoration SNP présente une dynamique similaire. La majoration régulée (PDSA) est en revanche plus fréquemment utilisée dans les centres identifiés, mais sa répartition reste polarisée : 75 % des centres en cotent moins de 4 000 par an, tandis qu'une quarantaine de centres en cotent plus de 10 000, représentant plus d'un tiers du total.

L'activité technique est marginale et très concentrée en volume. L'activité CCAM est très concentrée : 37 centres (5 % du total) réalisent plus de 30 % du volume global, ce qui montre que l'activité moyenne des structures identifiées n'a qu'une faible composante technique. Les actes de type YYYY010 sont très inégalement répartis : 50 % des centres n'en facturent aucun et 75 % en facturent moins de 100 par an ; à l'inverse, une vingtaine de structures en facturent plus de 2 000 sur l'année, et représentent à elles seules 40 % du volume total. Les centres les plus actifs en matière d'actes CCAM sont également, pour la plupart, ceux qui facturent le plus d'actes traceurs : sept centres figurent parmi les dix premiers sur ces deux variables.

Devant les fortes augmentations de l'utilisation de majorations, la convention médicale 2024-2029 prévoit des conditions strictes de rémunérations<sup>32</sup> qui ont été rappelées. Ainsi aux horaires de PDSA, seules les prises en charge de patients ayant préalablement fait l'objet d'une régulation médicale peuvent bénéficier des majorations dédiées à la PDSA. S'agissant des patients qui se présentent spontanément, le médecin ne peut facturer l'une des majorations « urgences non

<sup>31</sup> Traitement de premier recours nécessitant des actes techniques et la présence prolongée d'un médecin en cas de détresse respiratoire, cardiaque, allergique, d'origine traumatique, état aigu d'agitation, état de coma initial

<sup>32</sup> [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/financement\\_snp\\_janvier\\_2025.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/financement_snp_janvier_2025.pdf)

régulées (MN, MM, F) que si le patient répond à la définition de l'urgence<sup>33</sup>. En dehors des horaires PDSA, lorsque le patient est pris en charge sans régulation médicale, aucune majoration de soins non programmés ne s'applique. La facturation de l'acte YYYY010 n'est possible que si l'intervention du médecin est suivie d'un passage aux urgences et/ou d'une hospitalisation. L'impact a été sensible : dans les Bouches-du-Rhône, la CPAM a précisé à la mission que la facturation de cet acte a été diminuée par 3 sur le premier semestre 2025.

La mise en œuvre de la convention médicale et le durcissement des règles de facturation des soins programmés ont entraîné un changement de posture de certains centres. Ainsi, certains ne sont plus ouverts après 20h et durant tout le week-end. D'autres ont institué la facturation d'un « dépassement d'honoraire pour exigence temporelle<sup>34</sup> ». Enfin, un réseau a voulu amener les patients à classer eux-mêmes leurs besoins de santé, en leur proposant, sur la borne d'entrée deux catégories : soins de confort et soins urgents. Pour les réseaux qui n'ouvriraient pas en soirée mais jusqu'à 20H et les week-ends, certains ont choisi de ne plus ouvrir qu'un jour sur deux les week-ends et affirment constater une hausse des consultations le lundi. Ceux qui continuent à ouvrir le week-end ont pu alerter la mission sur la difficulté à convaincre les praticiens à continuer alors même que la traumatologie serait plus forte en raison d'une hausse hebdomadaire de l'activité sportive.

Des CSNP libéraux ont bénéficié ponctuellement ou durablement de financements par l'ARS par l'intermédiaire du fond d'intervention régional dès lors que leur implantation répondait à un besoin territorial. Des collectivités participent également à l'aide à l'installation de CSNP lorsqu'elles estiment qu'ils répondent à un besoin de la population. Cette aide concerne le bâti en mettant à disposition, soit gracieusement soit avec des loyers réduits, des locaux appartenant à la collectivité.

### 3.2.2 Les CSNP implantés dans les établissements de santé reposent sur un autre modèle économique, variable selon leurs statuts et organisation salariale

Les établissements de santé ont des modèles économiques très hétérogènes selon leur statut : privé lucratif, privé non lucratif et public. En effet, pour les premiers, les médecins sont libéraux, mais en privé non lucratif et public, les médecins sont majoritairement salariés. Les infirmières et personnels administratifs sont systématiquement salariés. Les CSNP ont alors été créés : ou bien par transformation d'un service d'urgences, ou bien adossés aux services d'urgence, ou sont intrinsèquement intégrés aux services d'urgence.

Pour les structures hospitalières, le modèle économique repose sur la facturation à l'Assurance maladie des actes relatifs aux consultations, au forfait FFM-petit matériel et au paiement du ticket modérateur par le patient. Lorsque les médecins interviennent en statut libéral, ils facturent leurs actes, selon la convention médicale et l'établissement assure le financement du service par l'intermédiaire des redevances des praticiens libéraux et les différents forfaits.

<sup>33</sup> Définie par la convention médicale : affection ou suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines ou matérielles

<sup>34</sup> <https://centres-medicaux.fr/convention>

Ces services sont plus ou moins profitables. Certains se disent en déficit depuis leur création, mais ils constituent une porte d'entrée vers l'ensemble de l'établissement et créent ainsi un réservoir de patientèle pour l'ensemble de l'établissement.

Dans certains cas, les ARS font le choix de financer le service pour répondre à un besoin territorial. Ces choix de financement peuvent évoluer selon le niveau de fonctionnement de la structure.

Tous ces établissements sont bien identifiés par la population et connus par l'ARS pour la globalité de leur offre de service, au-delà du seul CSNP. L'activité des CSNP des établissements de santé privés ne sont pas intégrés dans le référentiel de certification de la HAS, et ne sont donc pas soumis à la procédure de certification pour cette activité, mais l'ensemble de l'établissement demeure contrôlé, ce qui constitue un gage de qualité et de sécurité pour le patient.

La mission constate que pour une offre de service similaire en matière de soins non programmés, les modèles économiques sont très hétérogènes selon le statut (établissement de santé ou cabinet libéral) et plus ou moins connus des ARS qui soulignent ne pas être informées des implantations des centres.

Dans un établissement de santé privé à but lucratif, le centre de soins non programmés possède une existence virtuelle au sein du service des urgences. Au moment de l'examen clinique du patient, le praticien décide si le patient relève d'une prise en charge en tant que soins non programmés ou sein du service d'urgence. Il coche alors l'item au niveau du dossier patient informatisé ce qui entraîne automatiquement une facturation selon le type de prise en charge,

Dans un établissement de santé public d'une zone touristique, l'ARS a décidé de transformer le service d'urgence en service de soins non programmés de petite traumatologie pendant la saison estivale, les urgences vitales étant orientées vers les communes voisines. Les recettes d'exploitation étant insuffisantes pour couvrir les charges d'exploitation, une subvention est allouée sur le FIR de l'ordre de 20 % des recettes.

### 3.3 Le développement des CSNP cristallise de réelles inquiétudes, qui sont cependant difficiles à objectiver

#### 3.3.1 La captation des professionnels de santé est réelle mais son impact est difficile à quantifier

Le fort développement des CSNP ces dernières années a entraîné un détournement de ressources humaines médicales et paramédicales des structures existantes pour faire fonctionner ces centres. Le sujet est particulièrement sensible pour les médecins urgentistes, car dans un contexte de très fortes tensions de ressources humaines, tout départ d'un médecin urgentiste peut entraîner des difficultés de fonctionnement d'un service d'urgence. Des anciens médecins urgentistes ont cependant mentionné que leur décision de quitter les services d'urgence, le plus souvent après plusieurs années d'exercice, était murement réfléchie et définitive. Les CSNP avaient représenté une opportunité parmi d'autres possibilités dans un objectif d'améliorer la qualité de vie au travail et le respect d'un équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Dans les CSNP, ils exercent en tant que médecin généraliste.



Le nombre de médecins urgentistes concernés n'a pas fait l'objet d'étude au niveau national. Une thèse d'exercice de docteur en médecine, a étudié les caractéristiques organisationnelles et fonctionnelles des CNSP en région PACA<sup>35</sup> et mis en évidence que dans les CSNP les médecins urgentistes représentaient 56 % des médecins.

Depuis la rentrée universitaire 2017, la médecine d'urgence est devenue une spécialité à part entière dans le cadre de la réforme du troisième cycle des études médicales. Cette réforme entraînera l'impossibilité pour les médecins urgentistes d'exercer en dehors des services d'urgence. En effet, pour exercer au sein d'un CSNP, le médecin doit disposer d'une qualification de médecin généraliste. Le médecin urgentiste devra donc à terme obtenir une requalification de la part de l'ordre des médecins. Cette réforme aura pour conséquence de limiter progressivement la possibilité pour les médecins urgentistes de travailler en tant que médecin généraliste, notamment dans les CSNP<sup>36</sup>.

Les représentants des médecins ont également mentionné que l'exercice dans ces centres allait aggraver le phénomène de désertification médicale. En effet, au vu de leur positionnement dans les grands centres urbains, ils offrent des possibilités d'exercice concurrentes, et vont donc attirer des jeunes médecins qui ne s'installeront pas ailleurs.

L'ordre des infirmiers a également mis en avant le risque que des infirmières choisissent ce mode d'exercice moins difficile et délaissent la prise en charge des personnes âgées et/ou dépendantes à domicile. De surcroît, ce mode d'exercice n'a pas été intégré dans les calculs de zonage d'installation.

### 3.3.2 L'organisation de la permanence des soins ambulatoires est affectée par les CSNP

La permanence des soins ambulatoires repose sur la participation des médecins libéraux sur la base du volontariat et de la confraternité dans le cadre d'une organisation qui a pour finalité l'intérêt de la population<sup>37</sup>, cf *supra*. La permanence des soins est activée toutes les nuits de 20h à 8h, les dimanches et jours fériés de 8 à 20h. En fonction des besoins de la population, ces horaires peuvent être étendus aux samedis à partir de 12h<sup>38</sup>. Les ARS établissent, après concertation avec l'ensemble des acteurs, un cahier des charges régional qui détermine les participants à la PDSA et la rémunération forfaitaire des médecins, son organisation régionale et départementale, et ses lieux fixes de consultation.

Les horaires d'ouverture des structures libérales réalisant des soins non programmés sont élargis, débordant habituellement sur les horaires de la permanence des soins, sans y participer avec un accès non régulé des patients. De fait, ils créent ainsi un système parallèle à la PDSA qui peut la déstabiliser. En effet, les patients peuvent se rendre directement dans ces centres et ne plus se rendre chez les médecins de garde et/ou les maisons médicales de garde. L'activité lors de la PDSA est plus importante en début de soirée (jusqu'à 22h) et plus réduite ensuite. Les praticiens qui

<sup>35</sup> Caractéristiques organisationnelles et fonctionnelles des Centres de Soins Non Programmés (CSNP) et des Centres à Horaires Élargis (CHE) - DUMAS - Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance

<sup>36</sup> Des travaux sont en cours sur la certification périodique des médecins et pourraient aboutir cependant à rouvrir la possibilité pour les médecins urgentistes d'exercer en tant que médecin d'une autre spécialité.

<sup>37</sup> <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/l'exercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-d'exercice-art-69-84-7>

<sup>38</sup> <https://www.paps.sante.fr/participer-la-permanence-des-soins-ambulatoires>



assurent la PDSA voient ainsi le nombre de consultations se réduire et ils peuvent se désengager du système en prétextant une baisse de rémunération et au motif que ces centres assurent de fait la PDSA.

Le directeur général de la CNAM, dans une audition au Sénat en février 2024<sup>39</sup>, a fait part de sa préoccupation vis-à-vis du développement des CSNP en estimant que leur installation qui n'est pas construite dans une logique d'adossement aux hôpitaux, à des CPTS et à une organisation territoriale des soins est problématique et peut déstructurer l'organisation des soins.

### 3.3.3 Les pratiques de facturation sont parfois « optimisées »

Les centres de soins non programmés appartenant à des réseaux ont été souvent pointés par les interlocuteurs rencontrés par la mission pour des pratiques de facturation optimisées, non efficaces voire pour des prestations non réalisées.

Selon la CNAM<sup>40</sup>, dans le département des Bouches-du-Rhône, le montage financier de ces structures a été essentiellement construit sur des schémas d'optimisation de facturation, notamment par la cotation d'actes additionnels comme les majorations « férié », de « nuit » ou des suppléments inscrits à la CCAM facturés en dehors des indications réglementaires, ainsi qu'une organisation accélérée permettant de grandes volumétries de patientèle et de file active. Des atypies dans la facturation des majorations de consultations de soirées et fériés ont été identifiées par rapport au niveau national. A titre d'exemple, si on compare la facturation des majorations de nuit et férié sur la période de septembre 2022-février 2023 à celle de septembre 2023-février 2024, on observe dans les Bouches-du-Rhône une augmentation de 15 % de ces majorations ; augmentation qui n'est pas corrélée à une réduction des secteurs de PDSA sur la même période. La même dynamique est observée sur la facturation de l'acte de surveillance YYYY010.

Le directeur général de la CNAM a fait état <sup>41</sup> en 2024 de la mise en place de contrôle de facturation dont les résultats ne sont pas encore définitifs.

La CNAM a privilégié dans un premier temps une approche pédagogique avec les professionnels de santé et non de sanction concernant le déploiement de la nouvelle convention médicale. Il est donc difficile à ce stade de connaître l'ampleur des pratiques de facturation non conformes.

---

<sup>39</sup> [CNAM : audition de Thomas Fatôme, directeur](#), minute 48

<sup>40</sup> Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2026 (loi du 13 août 2004), p178

<sup>41</sup> [CNAM : audition de Thomas Fatôme, directeur](#) général, minute 48

### 3.3.4 La qualité de la prise en charge est difficile à mesurer et dépend à la fois des soins dispensés aux patients et de l'insertion dans le parcours de ces derniers

#### 3.3.4.1 Les réseaux ont tous déployé des systèmes d'information mais l'Assurance maladie n'a pas de possibilité de connaître leur activité

Au-delà de l'optimisation de la facturation, et d'éventuelle fraudes, il ressort une difficile mesure de la pertinence des soins. La plupart des structures visitées disposent d'un système d'information sur lequel elles s'appuient pour piloter l'activité. Certains réseaux ont d'ailleurs procédé à une étude globale de leur activité<sup>42</sup>. Certains CSNP issus de la transformation d'un service d'urgence ou adossés à des services d'urgence, en interne aux établissements de santé continuent d'utiliser le système d'information des urgences.

Cependant, au plan des systèmes d'information nationaux, les CSNP ne disposent pas de numéro FINESS comme en disposent les établissements de santé, si bien qu'une analyse médico-économique de leur activité n'est pas possible sur l'ensemble du territoire national. Le seul moyen disponible actuellement consisterait en une identification nominative des médecins travaillant dans ces centres et une analyse de leur activité. Or, ces médecins peuvent ne pas travailler exclusivement dans ces centres si bien que l'analyse de leur activité pourrait ne pas refléter l'activité d'un centre, et devrait en outre, être rapprochée de l'activité des autres médecins du même centre. Cette difficulté se retrouve pour les infirmières si le centre fait intervenir des infirmières libérales.

La mesure de l'activité et des caractéristiques de cette activité devrait permettre d'identifier les ressorts du recours à ces centres : types de pathologies amenant les patients à se tourner vers les centres, pourcentages de petit traumatologie, caractéristiques des patients (âges, résidence, pathologies associées – pathologies chroniques), patient disposant ou non d'un médecin traitant.

Par ailleurs, il n'existe à ce stade pas de mesure du parcours de ces patients :

- Des centres affirment transmettre les comptes-rendus de consultation aux médecins traitants quand la pathologie traitée a un impact sur le dossier médical du patient, mais ne pas transmettre ces comptes-rendus pour des consultations relatives à des épidémies hivernales ; d'autres centres indiquent ne pas faire cette démarche ;
- Des centres disposent d'un plateau technique, d'autres non si bien que les examens complémentaires doivent être prescrits. Si un centre rencontré nous indique attribuer des rendez-vous de suivi pour la pathologie concernée, ce n'était pas le cas de tous les centres.

Il n'existe pas de possibilité de suivre le parcours des patients qui se sont rendus dans ces centres. Le taux de recours aux urgences après passage au CSNP n'est pas connu. Il pourrait être pertinent de comprendre si le patient a dû consulter à nouveau dans la semaine pour le même besoin de santé.

---

<sup>42</sup> Etude d'impact médico-économique des centres médicaux de soins immédiats (CMSI) au sein de l'écosystème sanitaire – janvier 2025 – Antares Consulting

### 3.3.4.2 L'articulation avec la régulation des appels et les services des urgences est parcellaire

La mission a pu constater, lors de ces entretiens et déplacements, que l'articulation avec les opérateurs de régulation des appels d'urgence : centre de réception et régulation des appels et service d'accès aux soins était parcellaire, non organisée et dépendait essentiellement d'accords locaux.

Les centres de soins non programmés n'étant pas définis juridiquement, ils ont été identifiés par le CRAA-15 par suite de contacts professionnels entre les médecins du CSNP et ceux de la régulation. Certaines structures se sont alors proposées pour accueillir des patients après régulation. Cette organisation repose sur le bon vouloir des acteurs et sur une analyse empirique de la qualité de la prise en charge et des actes médicaux pouvant être pratiqués.

Concernant le dispositif d'accès aux soins, les praticiens doivent s'inscrire individuellement sur la plateforme numérique du SAS<sup>43</sup> et indiquer leurs plages de disponibilité. Cette plateforme ne permet pas d'intégrer les structures. En revanche, les opérateurs du SAS peuvent avoir connaissance des structures de soins non programmés et les intégrer lors de l'orientation des patients. Pour faciliter le lien entre le SAS et les SNCP, certaines structures<sup>44</sup> ont développé des pages web sécurisées permettant au SAS d'avoir un accès aux disponibilités. Certains médecins des structures participent également au fonctionnement du SAS ce qui facilite l'adressage par la régulation.

Lors de ces déplacements, la mission a pu cependant constater que la coopération entre les CSNP et le SAS n'est pas systématique. Elle dépend largement autant des médecins des centres et de leur volonté de s'inscrire dans le dispositif, que des régulateurs du SAS. Dans plusieurs cas, faute d'accord, les tentatives d'inclusion des CSNP dans le SAS ont échoué.

Concernant le lien avec le service départemental d'incendie et de secours (SDIS), il n'existe généralement aucune convention avec les CSNP. Toutefois, la mission a eu connaissance d'une convention passée entre un SDIS et un CSNP<sup>45</sup> permettant, après régulation, un accueil du patient transporté par un véhicule du SDIS, sans passage par les services d'urgence.

La prise en charge des « *petites urgences* »<sup>46</sup> n'a d'intérêt que si le CSNP est intégré dans le parcours de soins et est connu des différents interlocuteurs. Certains centres se sont ainsi rapprochés des services d'urgence pour que ces derniers leur adressent les patients ne nécessitant pas de prise en charge hospitalière. Les services d'urgence, après avoir réalisé un premier examen à l'accueil des urgences par l'infirmier d'accueil et d'orientation, proposent aux patients d'être pris en charge par un CSNP ce qui leur permet de réduire le nombre de patients en attente et de mobiliser l'ensemble des ressources pour les patients les plus gravement atteints. Ces modalités de coopération peuvent revêtir différentes formes : appel à manifestation d'intérêt d'un centre hospitalier, convention entre un service d'urgence et un CSNP et orientation sans convention.

<sup>43</sup> <https://sas.sante.fr/>

<sup>44</sup> Par exemple les centres médicaux 7/7

<sup>45</sup> CMSI de Rillieux la Pape (69)

<sup>46</sup> Cette terminologie a été régulièrement utilisée par les interlocuteurs de la mission pour désigner les soins prodigués par les centres

Dans ce dernier cas, des initiatives isolées orientent vers les CSNP en cas de surcharge aux urgences sans que pour autant le CSNP concerné n'en soit averti.

La mise en place d'une coopération est souvent facilitée par les connaissances interpersonnelles, notamment lorsque les praticiens exerçant au sein des CSNP sont d'anciens urgentistes des services d'urgence concernés.

## 4 Trois scénarii d'évolution ont été identifiés par la mission

La mise en place d'une régulation des centres de soins non programmés fait l'objet d'un consensus pour la majorité des acteurs et structures rencontrées. Cette demande revêt deux objectifs contradictoires : pour les acteurs institutionnels et les représentants des professions d'une part, il s'agit de limiter l'impact négatif sur l'organisation des soins lié à la multiplication de ce mode d'exercice et, pour les centres de soins non programmés d'autre part, l'objectif est d'obtenir une reconnaissance de la spécificité de leur activité sous la forme de labélisation.

Toutefois, il convient de s'assurer que l'instauration d'une régulation s'accompagne d'une adhésion des structures concernées à ce nouveau modèle qui comportera un certain nombre de contraintes organisationnelles mais aussi d'avantages pour la structure concernée et l'organisation des soins. Il est ainsi nécessaire d'éviter que les structures fassent le choix de ne pas s'insérer dans ce nouveau dispositif et poursuivent leur activité dans le format actuel dans la mesure où il n'existe pas actuellement d'obligation pour les médecins généralistes d'être médecins traitants. L'implantation libérale de l'activité permettrait qu'elle se poursuive en dehors de toute régulation territoriale à l'exception du respect de la convention médicale.

Le 13 septembre 2025, le gouvernement a annoncé la création d'un réseau de maisons France Santé. Il poursuit l'objectif de permettre aux personnes de bénéficier de soins de premier recours de proximité (situés à 30 minutes de chaque personne). Ces maisons pourront offrir des horaires élargis et des soins non programmés. L'articulation entre les scénarios d'encadrement du fonctionnement des centres de soins non programmés actuels et de création des maisons France Santé devront être déterminés par les textes car leur périmètre en ressources humaines peut apparaître similaire, tout en ayant des objectifs contradictoires (les maisons France santé devront assurer les missions de médecin traitant dans les territoires qui en sont dépourvus).

La mission a ainsi identifié trois scénarii d'évolution :

- Régulation basée sur la seule application de la convention médicale ;
- Autorisation des structures répondant aux attendus d'un cahier des charges et disposant d'un projet de soins ;
- Autorisation des structures disposant d'un plateau technique et répondant à un besoin territorial.

Plusieurs recommandations sont communes aux trois scénarii, elles répondent aux constats établis, notamment dans la 1<sup>ère</sup> partie de ce rapport. En effet, l'organisation du SAS demeure peu lisible et peu connue des usagers. La mission recommande en conséquence de :

**Recommandation n°1** Déployer une campagne de communication grand public autour du SAS et de la PDSA.

La mission constate que la majorité des médecins rencontrés souhaite un possible recours à des petits automates permettant d'obtenir rapidement des tests diagnostiques (cystites, marqueurs cardiaques, marqueurs inflammatoires). Les CSNP intermédiaires entre services d'urgence et premier recours avec un plateau technique, seraient d'autant plus équipés pour remplir ce rôle dans le cadre de la biologie délocalisée.

**Recommandation n°2** Intégrer l'existence des CSNP dans le cadre de la mise en place de la biologie délocalisée.

## 4.1 Une régulation basée sur la seule application de la convention médicale

### 4.1.1 Sous certaines conditions, la nouvelle convention médicale pourrait suffire à réguler les centres

La convention médicale 2024-2029 a introduit des mesures spécifiques pour encourager les médecins traitants à assurer des soins non programmés et à participer à la régulation du service d'accès aux soins. Elle a également prévu l'encadrement des majorations des consultations en soins non programmés et des actes techniques associés, *cf supra*. Le premier semestre 2025 a été consacré à une mise en place pédagogique de cette nouvelle convention notamment en ce qui concerne l'utilisation des majorations. Devant les différences d'interprétation, les structures expriment un besoin de clarification sur les motifs d'utilisation des majorations afin d'éviter des abus de la part des CPAM.

**Recommandation n°3** Clarifier au plan national les règles d'utilisation des majorations pour nuit, jours fériés, et SNP en journée

L'application de la nouvelle convention médicale entraînant une potentielle perte de revenu pour les CSNP, un certain nombre d'actions ont été conduites en leur sein. Les élus ont été ainsi mobilisés pour intervenir notamment par l'intermédiaire de questions parlementaires au ministre chargé de la santé<sup>47</sup>. Des centres ont réduit leur activité avec une fermeture à 20h ou durant les samedis après-midi/dimanches et jours fériés. D'autres, ont institué des dépassements d'honoraire pour demande exceptionnelle pour exigence temporelle ou pour le traitement administratif des dossiers, tout en continuant de façon très discutable à être classés en secteur 1 et en demandant aux patients de solliciter leur mutuelle pour la prise en charge du dépassement.

**Recommandation n°4** Réaliser des contrôles de facturation ciblés territorialement

Il est encore trop tôt pour évaluer l'impact de cette convention sur la prise en charge des soins non programmés et un recul d'une à deux années sera nécessaire. Le risque de voir les dépassements d'honoraire compenser la baisse de rémunération est cependant élevé.

La convention médicale devra cependant faire l'objet d'une clarification par la CNAM sur l'application des majorations, et des contrôles ciblés pourront être menés. D'ailleurs, la CNAM engage des travaux notamment sur l'utilisation du code YYYY010 dans le cadre d'une commission paritaire nationale (CPN).

<sup>47</sup> Question écrite 3151 de la députée Alexandra Martin, 12299 de la sénatrice Mireille Jouve

#### 4.1.2 Ce choix ne résout pas les risques identifiés quant à la déstabilisation de la PDSA et des parcours de soins

Le choix de ne réguler les CSNP que dans le cadre de la convention médicale emporte cependant le risque de maintenir une insuffisante connaissance de l'implantation de ces centres et de leur activité. En regard, les difficultés créées dans l'organisation de l'offre de soins de premier recours pourraient perdurer.

D'une part, la convention médicale ne suffit pas à réguler l'offre territoriale de soins non programmés. Il a ainsi pu être signalé à la mission le détournement de flux de patients vers les CSNP qui offrent des plages de rendez-vous larges quand des médecins isolés ne sont pas sollicités alors qu'ils ont bloqué quelques plages. Cet impact peut être particulièrement négatif si le ou les CSNP installés aboutissent à essouffler l'organisation collective de la prise en charge des soins non programmés, pour ensuite disparaître faute de pérennité du modèle. L'impact peut être durable s'il n'est pas régulé et le cahier des charges de la PDSA arrêté par l'ARS ne peut encadrer des centres qui n'ont pas de définition juridique

D'autre part, la simple application de la convention et les restrictions relatives aux majorations peuvent amener à fermer ou limiter leurs activités, alors même que l'ARS souhaite les prévoir dans sa planification territoriale. Or, de tels CSNP apparaissent utiles en particulier en cas de surcharge des urgences locales, notamment dans des zones à faible densité médicale.

Tableau 5 : Analyse du scénario 1

<p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Application d'un dispositif conventionnel négocié</li> <li>- Absence de création normative et de charge administrative pour les structures, les ARS et les CPAM</li> </ul>	<p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implantation sans tenir compte des besoins des territoires</li> <li>- Pas d'interaction systématique avec SAS, C15 et service des urgences</li> <li>- L'absence de structure juridique rend difficile le suivi de l'activité</li> <li>- Absence de mesure d'impact sur les structures existantes</li> </ul>
<p>Opportunités</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'offre s'adapte aux besoins</li> <li>- Pas de financement supplémentaire autre que ceux inscrits dans la convention</li> </ul>	<p>Menaces</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risque de surcharge des urgences par fermeture des structures existantes disposant d'un plateau technique</li> <li>- Impact sur la qualité de la prise en charge</li> <li>- Mise en place de dépassement d'honoraires</li> <li>- Capacité des acteurs traditionnels à prendre en charge les patients pour des soins non programmés</li> <li>- Risque de fermeture de structures qui ont une utilité reconnue au niveau territorial</li> </ul>

Source : Mission IGAS

## 4.2 Une autorisation pour toute structure de soins non programmés répondant à un cahier des charges et disposant d'un projet de santé

### 4.2.1 Une reconnaissance large aurait l'intérêt de permettre de réguler l'ensemble des centres

Le scénario 2 est le scénario choisi dans le PLFSS pour 2026, dont la rédaction est en encadré ci-dessous.

#### **Structures spécialisées en soins non programmés**

« Art. L. 6323-6. – Une structure spécialisée en soins non programmés est une structure sanitaire de proximité assurant, à titre principal, des missions relatives à la prise en charge des soins non programmés de premier recours et dont les membres s'engagent à respecter un cahier des charges, déterminé par un arrêté du ministre chargé de la 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.

« Elle est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux et, le cas échéant, des auxiliaires médicaux, exerçant à titre libéral ou salarié.

« Les professionnels de santé de la structure élaborent un projet de prise en charge des soins non programmés, signé par chacun d'entre eux, compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2 et précisant leur intégration dans l'organisation territoriale des soins 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. Ce projet est validé par l'agence régionale de santé et par l'organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie territorialement compétents.

« Les professionnels de santé exerçant au sein de ces structures le déclarent à l'agence régionale de santé et aux organismes gestionnaires de régime de base d'assurance maladie territorialement compétents.

« La structure 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.

« Les conditions d'application du présent article, notamment la définition de l'activité de soins non programmés, les modalités de fixation du cahier des charges et les conditions de validation du projet de prise en charge des soins non programmés, sont fixées par décret en Conseil d'État. ».

Cette reconnaissance partirait d'une modification du code de la santé publique par la LFSS pour 2026, avec la création d'une structure spécialisée en soins non programmés, à laquelle serait associé un numéro FINESS. La modification du code de la santé publique devrait être suivi d'un décret d'application, d'un cahier des charges des centres et d'une modification de la convention médicale.

Ce scénario, consisterait à créer une structure juridique -personne morale- pour les structures de soins non programmés constituée entre les professionnels médicaux et/ou les auxiliaires médicaux qui la constituent ayant une activité principale de soins non programmés. Ce scénario s'adresse à toutes les structures actuelles, y compris les cabinets à horaires élargis.

Cette structure devrait respecter un cahier des charges relatif aux principes d'organisation et aux caractéristiques de son exercice, à l'accessibilité de ses locaux, de ses services, aux délais de prise en charge, à l'orientation des patients dans le parcours de soins et aux prestations minimales attendues. Elle doit disposer d'un système d'information permettant un suivi par l'ARS et la CPAM de son activité qualitative et quantitative.

Un projet de santé élaboré par les professionnels décrirait l'intégration de la structure dans l'organisation territoriale des soins.

Le mode de financement reposerait sur la facturation de consultations et d'actes tels que prévus par la convention médicale et un financement forfaitaire spécifique pourrait être alloué en fonction du nombre de patients accueillis.

L'ARS et la CPAM territorialement compétente seraient chargées d'instruire les demandes d'autorisation.

Une limitation de l'utilisation des majorations pour les soins non programmés serait mise en place pour éviter le développement des structures non autorisées.

#### 4.2.2 Une reconnaissance large par la loi emporterait cependant des risques

La reconnaissance telle que prévue par le texte actuel présente un intérêt dans la volonté d'identifier les centres, en suivre l'activité, et encadrer cette dernière dans le cahier des charges et la convention. Cependant, la rédaction actuelle de la LFSS ne fait aucune distinction entre un cabinet de médecine générale à horaires élargis, ou non, et un centre doté d'un plateau technique et prenant en charge la petite traumatologie. En outre, l'encadrement de l'implantation territoriale est issu de l'obligation de rédiger un projet de santé, et d'un futur cahier des charges. Enfin, un financement complémentaire forfaitaire est proposé.

Cette reconnaissance large permettrait peut-être de développer des CSNP de périmètres variables selon les besoins territoriaux mais cette possibilité emporterait le risque de demandes de labellisation de tous les centres déjà existants sur le territoire national sans que leur utilité dans le parcours de soin ne soit démontrée. Les cabinets de médecine générale qui ont une activité quasi exclusive de soins non programmés n'apportent pas de niveau intermédiaire entre médecine de premier recours et services d'urgence. Ces cabinets sont une modalité d'exercice de la médecine libérale qui n'est régulée, à la différence des centres de soins non programmés avec plateau technique.

Sans encadrement strict par décret, cahier des charges et convention médicale, il pourrait ne s'agir que d'une validation *a posteriori* de l'implantation de structures déjà existantes sans logique par rapport aux besoins territoriaux. Il y aurait éventuellement une accélération de leur création avec une déstabilisation accrue du premier recours avec un désengagement des médecins traitants dans les soins non programmés.



La mission considère qu'avant toute demande de reconnaissance de ces centres, une définition des besoins et un maillage territorial devraient être établis par les ARS. Cette reconnaissance ne devrait pas priver éventuellement les autres professionnels du droit d'utiliser les majorations, mais bien encadrer plus précisément leur utilisation. Enfin, des financements publics complémentaires ne devraient alors pas être automatiques car ils pourraient aboutir à subventionner une activité déjà largement profitable.

Tableau 6 : Analyse du scénario 2

<p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des structures réalisant des CSNP</li> <li>- Limite le développement des structures non autorisées</li> </ul>	<p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Création d'un nouveau dispositif normatif associé à une charge administrative</li> <li>- Ne dissocie pas les centres à plateau technique des cabinets à horaires élargis</li> <li>- Risque de développement sans tenir compte des besoins territoriaux</li> </ul>
<p>Opportunités</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Impact à la baisse de l'activité des services d'urgence</li> <li>- Intégration possible dans la PDSA</li> </ul>	<p>Menaces</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Création d'un « label »</li> <li>- Effet désincitatif sur l'inscription des cabinets de médecine générale classique dans les soins non programmés</li> <li>- Tensions avec les représentants des médecins qui sont globalement opposés à ce mode d'exercice</li> <li>- Captation de personnels de santé</li> <li>- Risque de censure du conseil constitutionnel si inscription en PLFSS 2026 pour une rédaction voisine de celle du PLFSS2025</li> </ul>

### 4.3 Une autorisation pour les structures disposant d'un plateau technique et répondant à un besoin territorial

#### 4.3.1 La création d'un niveau intermédiaire entre premier recours et services d'urgence

Ce troisième scénario est issu des constats de la mission sur le terrain, des entretiens conduits et des travaux de réflexion conduits précédemment<sup>48 49</sup>.

Il consiste à reconnaître dans l'organisation de la prise en charge des urgences un échelon intermédiaire entre la médecine ambulatoire et les services des urgences en créant une structure juridique -personne morale-, dotée d'un numéro FINESS, pour les structures de soins non programmés constituées entre les professionnels médicaux et les auxiliaires médicaux qui la constituent ayant une activité principale de soins non programmés.

<sup>48</sup> Rapport sur la territorialisation des services d'urgence - Juillet 20215

<sup>49</sup> Rapport 2016-011Z, Modalités de mise en œuvre du rapport sur la territorialisation des urgences-Octobre 2016

Comme pour le deuxième scénario, une modification du code de la santé publique devrait intervenir dans le cadre du PLFSS pour l'année 2026 suivi d'un décret d'application et d'un cahier des charges. Il constitue une proposition de modification de la LFSS pour 2026 telle que déposée au Parlement.

La mission préconise d'introduire dans la loi l'impératif, pour ces structures, de répondre à un besoin territorial défini par l'ARS.

Elles devraient pouvoir accueillir des patients qui nécessitent une prise en charge médicale rapide, dans les 48 heures, et/ou une prise en charge pour la traumatologie simple (suture, enlèvement de corps étrangers, immobilisation...) et qui ne requièrent pas un passage dans un service d'urgence.

Elles devraient disposer d'un accès à un plateau technique pour la radiologie et la biologie, et être composées d'une équipe médicale et paramédicale. Afin de permettre aux infirmières de pouvoir exercer dans ces centres, les règles du zonage infirmier devront être modifiées.

Elles devraient être intégrées dans l'organisation des soins avec des relations organisées avec la CPTS, le CRAA15, le SAS, les services d'urgence et les acteurs de soins de premiers recours (médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes...). Elles devraient respecter un cahier des charges et disposer d'un système d'information permettant un suivi par l'ARS et la CPAM de leur activité qualitative et quantitative.

**Recommandation n°5** Prévoir une mesure d'encadrement de l'implantation et du fonctionnement des CSNP dans le PLFSS ne reconnaissant que les centres avec plateau technique répondant à un besoin territorial

**Recommandation n°6** Prévoir un numéro FINESS pour les CSNP et développer une analyse statistique de leur implantation, de leur activité et des facturations

**Recommandation n°7** Intégrer dans *Sante.fr* la liste des CSNP

**Recommandation n°8** Rédiger l'arrêté introduisant le cahier des charges

**Recommandation n°9** Adapter les règles du zonage infirmier pour permettre aux seules structures autorisées un recrutement d'IDE

Leur financement reposerait sur l'octroi des majorations pour soins non programmés et les majorations pour le travail les dimanches et jours fériés, ainsi que les actes techniques. Les structures pourraient prétendre à un financement pour les frais liés au développement des systèmes d'information (*cf infra*) ou en fonction d'objectifs de santé publique assignés par les ARS dans le cadre de leur agrément. Les ARS seraient seules décisionnaires dans l'attribution de crédits en fonction de l'analyse budgétaires des structures ainsi que des objectifs de santé publique qui leurs seraient assignés. Ainsi, la mission propose d'introduire dans la LFSS un conditionnement de l'accès aux majorations à l'articulation avec l'organisation collective des gardes et du SAS, et ne souhaite en revanche pas prévoir de financement forfaitaire alloué à l'ensemble des structures.

Les structures non autorisées ne seraient plus habilitées à percevoir des majorations pour les soins non programmés.

**Recommandation n°10** Réviser la convention nationale et clarifier au plan national les règles d'utilisation des majorations pour nuit, jours fériés, et SNP en journée

**Recommandation n°11** Réaliser des contrôles de facturation ciblés territorialement

Afin de limiter l'expansion des structures qui ne prennent en charge que les consultations pour soins non programmés, sans plateau technique et sans assurer la prise en charge de patients chroniques avec un rôle de médecin traitant, la mission préconise une application stricte des majorations prévues par la convention médicale afin de ne pas encourager un modèle qui vient en concurrence et non en complément de l'organisation de la médecine de premier recours.

La mise en place des SI interconnectés avec l'Assurance maladie et les observatoires régionaux des urgences devrait permettre un suivi qualitatif et quantitatif de l'activité.

**Recommandation n°12** Définir les exigences de suivi d'activité et de qualité à embarquer dans les SI des centres et mettre en œuvre un suivi national des soins et des parcours proposés par les CSNP

Tableau 7 : Analyse du scénario 3

<b>Forces</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'implantation tient compte des besoins des territoires</li> <li>- Limite le recours aux services d'urgence</li> <li>- Dispositif intégré dans l'organisation des soins de premier recours</li> </ul>	<b>Faiblesses</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Création d'un nouveau dispositif normatif associé à une charge administrative</li> </ul>
<b>Opportunités</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baisse du recours aux services d'urgence</li> <li>- Mesure de l'activité et du rôle dans le parcours patient</li> <li>- Mode d'exercice attractif par le travail en équipe, la diminution de la charge administrative</li> </ul>	<b>Menaces</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Effet désincitatif sur l'inscription des cabinets de médecine générale dans les soins non programmés</li> <li>- Captation de personnels de santé</li> </ul>

Source : Mission IGAS

#### 4.3.2 Les risques de cette reconnaissance partielle seraient plus limités

La qualification par l'ARS des centres de soins non programmés reconnus et financés éventuellement dans cet objectif pourrait avoir un intérêt limité pour les centres en plein développement. Ils n'y verraient pas un intérêt économique majeur et continueraient à exercer dans les mêmes conditions en tant que cabinets de médecine libérale.

A l'inverse, selon le périmètre retenu pour la constitution du plateau technique et des ressources humaines, des centres pourraient aisément faire évoluer leur modèle pour bénéficier de la reconnaissance de l'ARS et du modèle économique (*cf. supra*).

Toutefois, cette reconnaissance pourrait avoir pour effet une accélération des reconfigurations actuelles dans l'offre d'accueil des urgences, des établissements de santé privés lucratifs ou non lucratifs pourraient choisir cette transformation plutôt que de conserver une activité « urgences » plus complexe à maintenir en termes de ressources humaines. Ainsi, la reconnaissance des CSNP aurait alors un double impact sur le premier et deuxième niveau.

Tableau 8 : Mesures d'impact des 3 scénarii

Thématique	Scénario 1 : encadrement par la seule convention médicale	Scénario 2 : reconnaissance large	Scénario 3 : création d'un niveau intermédiaire entre 1er recours et urgences
Réponse à la demande de soins non programmés	Sur les territoires disposant de CSNP	Sur les territoires disposant de CSNP	Sur les territoires disposant de CSNP
Réponses aux besoins territoriaux	Non, très hétérogène	Dépendant d'un application stricte d'exigences du cahier des charges	Oui
Impact sur la PDSA	Pas d'obligation de participer à la PDSA	Obligation de participer à la PDSA	Obligation de participer à la PDSA
Impact sur le SAS	Non, pas d'obligation de participer au SAS.	Obligation de participer au SAS	Obligation de participer au SAS
Coût pour la sécurité sociale	Limité	Variable selon le niveau d'encadrement	Maîtrisé
Impact sur les services d'urgences	Sans impact en absence d'accord territorial	Variable selon les schémas régionaux	Organisé
Charge administrative	Nulle	Dépend du nombre de structures candidates	Dépend du nombre d'implantations souhaitées
Intégration dans organisation des soins de 1er recours	Nulle	Intégration dans l'organisation territoriale des soins	Intégration dans l'organisation territoriale des soins
Captation de personnels	Dépend du nombre de structures	Dépend du nombre de structures	Dépend du nombre de structures

Source : Mission

#### 4.4 La mission recommande la mise en place de ce troisième scénario

Le premier scénario basé sur la seule application de la convention médicale est aisé à mettre en œuvre et permet de limiter l'extension de toutes les structures qui prennent en charge principalement les soins non programmés. Il présente l'avantage de ne pas nécessiter de modification législative et réglementaire et permettra de réaliser des économies sur le budget ONDAM. Il nécessite une explication des règles applicables qui sont encore source d'interprétations divergentes et la mise en place, après une période pédagogique, de contrôles par les CPAM.

En revanche, il ne permet pas de maintenir des structures jugées importantes dans l'organisation des soins, notamment dans les zones sous-denses et n'aura aucun impact sur le désengorgement des urgences et la prise en charge par la médecine ambulatoire de la petite traumatologie qui nécessite un plateau technique.

Le deuxième scénario crée une « labélisation » pour toutes les structures qui réalisent à titre principal des soins non programmés et qui répondent à un cahier des charges. Il s'adresse aussi bien aux cabinets à horaires élargis qu'aux structures avec un plateau technique. Il présente l'avantage de reconnaître l'existence de ce type de structures mais il risque de créer un appel d'air et n'introduit pas dans la loi la notion de besoin territorial. Il peut cependant être considéré comme une atteinte à la liberté d'installation reconnue par la réglementation<sup>50</sup>. En effet, la réalisation de soins non programmés est partie intégrante de l'exercice de la médecine libérale. En outre, tout médecin peut choisir son mode d'organisation et décider de consulter uniquement sans rendez-vous ou *a contrario* uniquement sur rendez-vous. Il va ainsi créer une différenciation entre cabinets à horaires élargis qui vont bénéficier d'une rémunération supplémentaire et les cabinets médicaux où exercent les médecins traitants qui pourraient estimer que leur place dans la prise en charge des patients chroniques n'est pas reconnue.

Ce scénario renvoie la responsabilité de l'autorisation aux ARS et aux CPAM qui vont potentiellement devoir traiter un nombre très conséquent de demandes respectant sur le papier les préconisations du cahier des charges ce qui entraînera potentiellement des recours contre des

<sup>50</sup> Article R4127-85

refus. En revanche, ce scénario peut entraîner une baisse du recours aux urgences dès lors que les structures sont bien intégrées dans l'organisation des urgences, ce qui présentera toutefois des difficultés si elles sont trop nombreuses.

Le troisième scénario introduit, dans la prise en charge des urgences, un niveau intermédiaire constitué de structures disposant d'un plateau technique et d'une équipe médicale et paramédicale, prenant en charge la traumatologie simple et les pathologies aiguës ne nécessitant pas d'hospitalisation et favoriserait ainsi une gradation des soins non programmés et urgents. Il a pour objectif de diminuer le recours aux urgences pour les patients dont la prise en charge ne nécessite pas un plateau technique hospitalier. La structure concernée devra répondre à un besoin territorial défini par l'ARS et sera intégrée dans l'organisation territoriale des soins d'urgence, avec des liens avec le CRR15, le SAS et les services d'urgence et devra participer à la PDSA. Le financement, *cf infra*, sera assuré pour les structures libérales par l'utilisation de majorations prévues dans la convention médicale et la possibilité pour les ARS de subventionner le système d'information de suivi d'activité par l'intermédiaire du fond d'intervention régional. Pour les structures hospitalières, les modes de financement déjà existants suffisent à leur financement.

En appliquant strictement la convention médicale, le développement de toutes les structures réalisant principalement des soins non programmés devrait être régulé en rendant moins attractif financièrement ce mode d'exercice.

En conséquence, la mission préconise la mise en place de ce troisième scénario.

#### 4.4.1 Une nouvelle appellation permettrait une clarification dans l'organisation de l'offre de soins

L'appellation « *centre de soins non programmés* » (CSNP) est aujourd'hui utilisée de manière indifférenciée quelle que soit le type de structure et revêt un caractère générique.

Afin de bien différencier les structures qui vont être autorisées, la mission préconise de leur donner une nouvelle appellation juridique.

L'utilisation du mot urgences fait sens pour la population mais il se heurte à l'hostilité d'une partie des interlocuteurs de la mission qui estiment que cette terminologie doit être réservée aux seuls services d'urgence en capacité d'accueillir des urgences vitales.

La prise en charge des soins non programmés relève de tous les médecins et fait l'objet d'une organisation territoriale spécifique (régulation, maison médicale de garde, maison de santé pluriprofessionnelle...). En intégrant les mots « soins non programmés », la nouvelle structure pourrait être considérée à tort par les patients comme l'opérateur principal des soins non programmés, ce qu'elle ne sera pas.

Dans ces conditions, la mission propose de retenir l'appellation « centre pour soins immédiats ».

#### 4.4.2 Le modèle économique est basé principalement sur la convention médicale

Le modèle économique retenu s'appuie sur les modalités définies actuellement par la convention médicale, les tarifs hospitaliers et le fond d'intervention régional. Il est différent selon que la structure est portée par un établissement public ou privé de santé ou par une structure libérale.

Quelle que soit la structure, les praticiens exerçant en mode libéral ne peuvent exercer qu'en secteur 1 et le recours à des dépassements d'honoraire et autres majorations pour demande exceptionnelle ou traitement administratif sont exclues. Aucun reste à charge ne doit revenir au patient.

Pour les structures libérales, la rémunération des médecins est assurée par la cotation des actes et celle des infirmières par la cotation d'acte et une partie des redevances des médecins dans la mesure où une partie de leur activité ne peut pas être cotée (accueil et tri notamment).

Par ailleurs, l'ARS peut participer aux frais d'installation, notamment pour les systèmes d'information permettant le suivi de l'activité qui serait une condition de l'autorisation. Compte-tenu des différents lieux, périmètres d'équipes, et modalités d'exercices (salarier, fonction publique hospitalière, activité libérale), l'ARS pourra choisir, comme elle le fait actuellement, d'attribuer des fonds, sur des critères définis au préalable, en particulier pour répondre aux besoins de santé territoriaux.

#### 4.4.3 Un cahier des charges pour encadrer l'organisation des centres est nécessaire

Le cahier des charges a pour objectif d'encadrer l'organisation de la structure de soins non programmés en énonçant les grands principes tout en laissant la structure définir de manière opérationnelle ses processus. Ce cahier des charges mérite d'être affiné avec des représentants des structures et administrations concernées.

Le cahier des charges est bâti autour de 5 chapitres.

- Chapitre 1 : Niveau de prise en charge

La structure doit accueillir les patients présentant une pathologie aiguë, sans détresse vitale, pouvant être classés CCMU1 et CCMU2, se présentant spontanément ou adressés par le service d'accès aux soins, le CRAA15, les services des urgences ou d'autres professionnels de santé. Elle doit prendre en charge la petite traumatologie (suture, immobilisation, ablation de corps étrangers...) et la réalisation d'aérosol.

Elle doit disposer d'un plateau technique adapté de radiologie/échographie sur site ou à défaut d'une convention avec un radiologue situé à proximité pour la réalisation de l'imagerie dans les 4 heures et, en l'absence de réglementation sur la biologie délocalisée, d'une convention avec un laboratoire de biologie médicale pour un rendu de résultat dans les 4 heures.

Elle doit accueillir tout patient sans condition d'âge ou de pathologie.

Les praticiens doivent exclusivement exercer en secteur 1 et aucun dépassement d'honoraire ni autre forfait de prise en charge ne doit être facturé au patient.

- Chapitre 2 : ressources humaines

La structure doit disposer d'un binôme médical et paramédical. L'infirmière a pour mission l'accueil et l'orientation des patients et la prise en charge de soins infirmiers. Elle sera placée sous l'autorité médicale du médecin dans le cadre d'un protocole tout en conservant, conformément au code de déontologie, son indépendance professionnelle.

La structure devra identifier un référent médical parmi les praticiens exerçant au sein du centre garant de la qualité de la prise en charge et interlocuteur privilégié des autorités sanitaires et des partenaires.

Par ailleurs, une formation d'adaptation à l'emploi des praticiens travaillant au sein du centre devra être mise en place.

- Chapitre 3 : locaux et matériels

Les locaux doivent répondre aux normes d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite. Ils doivent disposer *a minima* d'une salle d'attente, d'une salle permettant la réalisation de consultations et des soins sur place, d'un box permettant l'isolement d'un patient nécessitant une surveillance particulière et d'un local ou emplacement pour les déchets d'activité de soins à risque infectieux et de toilettes accessibles au public.

Ils doivent être conformes aux normes de radioprotection en cas d'existence d'une salle dédiée à la radiologie.

Ils sont entretenus selon les bonnes pratiques d'hygiène applicables.

La structure doit disposer, outre le mobilier et instrument de consultation, des dispositifs médicaux nécessaire à la prise en charge de la petite traumatologie, d'un défibrillateur automatisé externe, d'un électrocardiogramme et du matériel pour la réalisation d'aérosol.

- Chapitre 4 : Intégration dans le territoire

La structure doit être implantée dans un territoire défini par l'ARS.

Elle doit établir une convention avec le service d'accès aux soins, les services des urgences du territoire pour l'orientation des patients des CCMU 1 et 2, le dispositif d'appui à la coordination et le service départemental d'incendie et de secours.

Les praticiens doivent participer à la permanence des soins ambulatoires dans la cadre des schémas régionaux et départementaux, en concertation avec les différents acteurs de la PDSA.

Elle doit faire partie de la communauté professionnelle du territoire de santé de son secteur géographique, notamment pour favoriser la recherche d'un médecin traitant pour les patients qui n'en disposent pas et pour s'articuler avec le dispositif de prise en charge des soins non programmés.

- Chapitre 5 : Politique qualité et système d'information

Une politique qualité devra être mise en place.

Chaque patient devra disposer d'un dossier médical informatisé sur un logiciel labellisé eSanté, avec traçabilité des actes diagnostiques et thérapeutiques.

Un compte rendu de passage devra être adressé au médecin traitant avec un interfaçage avec le dossier médical partagé.

Le système d'information de la structure devra être en capacité de fournir pour chaque patient un résumé de passage aux urgences (RPU) et un partage de données devra être organisé notamment avec l'Assurance maladie et l'observatoire régional des urgences.

Delphine CORLAY

Alain MORIN



# LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Recensement, cartographie et analyse de l'activité des centres de soins non programmés

Annexe 2 : Méthodologie

# ANNEXE 1 : Recensement, cartographie et analyse de l'activité des centres de soins non programmés

Cette annexe présente les résultats relatifs au recensement, à la cartographie et à l'analyse de l'activité des centres de soins non programmés (CSNP) identifiés sur le territoire, à partir des données que la mission a pu obtenir.

Plusieurs centaines de structures sont aujourd'hui qualifiées de « centres de soins non programmés », soit par les acteurs institutionnels (ARS, CNAM), soit par les structures elles-mêmes, notamment celles qui se sont organisées en réseaux ou fédérations.

Toutefois, en l'absence de définition réglementaire des soins non programmés et des centres de soins non programmés, cette qualification repose avant tout sur la perception des différents acteurs, et recouvre par conséquent une très grande diversité de structures, sans qu'il soit possible de dégager un modèle unique, ni d'arrêter une liste de centres de soins non programmés faisant consensus.

## **Principaux résultats :**

Les centres se sont développés sur le territoire de façon très hétérogène et à un rythme en accélération après la crise sanitaire de la COVID-19, avec une forte concentration dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) et Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA). Majoritairement situés dans des zones urbaines, l'implantation actuelle de ces centres ne semble pas correspondre, dans l'ensemble, à l'existence d'un besoin d'offre de soins de premier recours identifié par les indicateurs disponibles – notamment l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) et la typologie communale de l'accessibilité aux soins de premier recours réalisée par l'IRDES.

Du fait de leur présence majoritaire dans des zones urbaines denses, où sont également localisés des services d'urgence, les centres sont souvent implantés dans des territoires présentant un nombre élevé de passages évitables aux urgences. Toutefois, en l'absence de données sur le parcours des patients qui se rendent dans ces centres, et à cause de la difficulté d'établir des contrefactuels pour les passages aux urgences, il est très difficile de quantifier l'impact de ces centres sur la fréquentation des urgences, en dehors des situations particulières où un centre est implanté à proximité immédiate d'un SAU et bénéficie d'un protocole de réorientation ainsi que d'un système d'information partagé.

L'analyse de l'activité des structures identifiées montre qu'il n'existe pas de « modèle-type » de centre de soins non programmés. La diversité des activités reflète ainsi la diversité des structures et plusieurs modèles peuvent coexister au sein d'une même catégorie de structures (établissements de santé privés, réseaux, MSP, etc.). Dans la plupart des centres identifiés, la composante technique de l'activité (actes CCAM) demeure secondaire par rapport à l'activité de consultation classique, et l'exercice coordonné médecin-infirmier paraît assez peu mobilisé, y compris dans les structures ayant une activité technique plus importante.

# 1 En l'absence d'existence institutionnelle des CSNP, leur dénombrement est difficile et les tentatives de recensement au niveau national ne se recoupent que partiellement

Les centres de soins non programmés n'ayant pas d'existence institutionnelle, ils sont difficiles à identifier et à recenser sur l'ensemble du territoire.

Deux approches quantitatives sont possibles pour essayer d'identifier ces centres, correspondant à deux tentatives de recensement menées au niveau national :

- **L'approche déclarative**, qui repose sur l'appréciation de chaque structure et des médecins qui y exercent. Pour les soins non programmés, elle a permis d'établir, avec le concours des agences régionales de santé, une liste publiée sur le site « santé.fr ». Cette liste recense les médecins proposant habituellement des créneaux de soins non programmés ouverts hors patientèle, et qui souhaitent y figurer. Elle a ensuite été retraitée par la DGOS afin de constituer un premier recensement des centres de soins non programmés.
- **L'approche par critères d'activité**, qui porte sur l'ensemble de la médecine générale de ville et consiste à repérer les CSNP potentiels sur la base de l'activité des médecins qui y exercent (cotation de certains actes traceurs, utilisation de majorations spécifiques, faible pourcentage de patientèle médecin traitant, etc.). Cette méthodologie correspond aux travaux conduits par la CNAM pour identifier ces centres.

Les deux méthodes convergent pour situer l'ordre de grandeur des centres de soins non programmés à plusieurs centaines sur l'ensemble du territoire. Elles mettent toutefois en évidence la grande diversité des structures identifiées, tant sur le plan juridique (Société interprofessionnelle de soins ambulatoire, Société d'exercice libéral, Société civile de moyens, etc.) qu'organisationnel (cabinet avec ou sans infirmier, avec ou sans plateau technique, etc.). Les recensements issus de ces démarches ne se recoupent que partiellement et demeurent incomplets pour certains types de structures, ce qui illustre la difficulté actuelle d'identifier de manière exhaustive les CSNP au niveau national.

## 1.1 Un recensement effectué par la DGOS sur une base déclarative identifie 372 structures réalisant des soins non programmés à titre principal

Une première cartographie des structures proposant des soins non programmés (SNP) a été élaborée fin 2022 par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), en coordination avec les agences régionales de santé, afin de recenser et de localiser l'offre de soins non programmés à l'échelle nationale, et d'en améliorer la visibilité. Cette cartographie est destinée aux médecins proposant habituellement des créneaux de soins non programmés ouverts hors patientèle, et qui souhaitent y figurer. Elle est régulièrement actualisée, et accessible en ligne sur le site « santé.fr ». Elle répertorie actuellement près de 1 600 structures.

Sur la base de cette cartographie et d'informations complémentaires, la DGOS a identifié 372 structures dont l'activité principale relève des soins non programmés et qui sont par conséquent susceptibles d'entrer dans le périmètre de la mission.

Ces structures présentent une grande diversité : environ 20 % correspondent à des cabinets SOS Médecins, 20 % sont rattachées à des établissements de santé privés, 25 % appartiennent à des réseaux organisés (CMSI, Urgencemed, Centres médicaux 7/7, Censomed, etc.), tandis que le reste regroupe des associations, des structures adossées à des établissements publics, des cabinets de montagne, des sociétés ainsi que quelques communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Tableau 1 : Typologie des centres de soins non programmés recensés par la DGOS

Catégorie de structure	Effectif	Pourcentage
Centres organisés en réseaux ou fédérations	95	25,5 %
Etablissements de santé privés	71	19,1 %
SOS Médecins	71	19,1 %
Sociétés	70	18,8 %
Etablissements publics de santé	37	9,9 %
Autres	9	2,4 %
Cabinets de montagne	7	1,9 %
Associations	5	1,3 %
ESPIC	5	1,3 %
CPTS	2	0,5 %
<b>Total</b>	<b>372</b>	<b>100 %</b>

Source : Mission d'après la liste DGOS

## 1.2 Un recensement effectué par la Cnam à partir de critères d'activité identifie 688 structures susceptibles d'être des centres de soins non programmés

À la suite de plusieurs remontées de son réseau, la Direction déléguée de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude (DDAF) de la CNAM a cherché à identifier les centres de soins non programmés dans ses bases de données.

La principale difficulté est que ces structures ne figurent pas en tant que telles dans les bases de l'assurance maladie. En particulier, elles n'ont pas de numéro FINESS : ce sont la plupart du temps de simples cabinets, où exercent des professionnels de santé libéraux. Par conséquent, ces structures ne peuvent être identifiées qu'à partir de l'activité individuelle des professionnels de santé qui y exercent, à supposer que cette activité se distingue suffisamment de celle pratiquée par le reste des praticiens.

L'analyse menée par la CNAM exploite les données du SNIIRAM/DCIR (Datamart de Consommation Inter-Régime), et porte sur le Régime général (RG) et les Sections Locales Mutualistes (SLM)<sup>51</sup>, pour l'année 2024 et la France entière. Cette base de données exclut les structures qui emploient des professionnels de santé salariés, puisque ces derniers ne sont pas répertoriés dans le Fichier Informatique National des Professionnels de Santé (FINPS). Les acteurs de soins retenus sont les médecins généralistes, les médecins urgentistes, les infirmiers diplômés d'État (IDE) et les infirmiers en pratique avancée (IPA).

Comme les centres de soins non programmés n'existent pas en tant que tels dans la base de données, ils ne peuvent être identifiés qu'à partir des adresses d'exercice de professionnels de santé, en filtrant ces adresses à partir de critère d'activité des professionnels. Sont donc considérés comme centres de soins non programmés potentiels : (i) des adresses auxquelles cotent au moins deux professionnels de santé (IDE ou médecins, dont au moins un médecin généraliste ou un urgentiste), (ii) parmi ces adresses, sont ensuite retenues celles où l'activité des professionnels de santé est considérée comme caractéristique d'une activité de centre de soins non programmés. En principe, les adresses qui étaient par ailleurs associées à la mention d'une activité de garde (MMG, SOS Médecins, etc.) ont été exclues de l'analyse<sup>52</sup>.

Les critères d'activité retenus pour identifier les structures correspondant potentiellement à un CSNP sont les suivants :

- Les médecins généralistes exerçant dans ces structures doivent être médecins traitant de moins de 5 % de leur patientèle (seuil choisi à partir de l'observation d'un échantillon de centres) ;
- Les médecins doivent facturer au moins 50 séances de soins sur la période (seuil considéré comme minimal pour avoir une activité représentative), et au moins un acte CCAM « traceur » d'une activité de soins non programmés. Les actes traceurs comprennent notamment : le parage et la suture d'une plaie, l'ablation d'un corps étranger, la confection d'un appareil d'immobilisation ou d'une attelle, l'échographie abdominale, le YYYYY010<sup>53</sup> ;
- Les IDE doivent avoir facturé plus de 50 séances de soins, dont au moins une séance (même patient/date de soins) durant laquelle un acte a été facturé par un médecin exerçant à la même adresse ;

Enfin, la CNAM indique avoir consolidé la liste à partir d'informations transmises par les ARS, mais également à partir du site de la Fédération française des centres de soins non programmés (FFCSNP) et de la carte « santé.fr ».

<sup>51</sup> RG : 76 % des bénéficiaires en 2016, SLM : 11 % des bénéficiaires en 2016.

<sup>52</sup> En pratique, le croisement avec les adresses de la liste DGOS suggère que des centres SOS et des MMG restent présents.

<sup>53</sup> Le YYYYY010 correspond à un traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardiorespiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : - détresse respiratoire ; - détresse cardiaque ; - détresse d'origine allergique ; - état aigu d'agitation ; - état de mal comitial ; détresse d'origine traumatique.

Cette méthodologie identifie 688 centres de soins non programmés potentiels au niveau national. Un croisement avec la liste « santé.fr » et une recherche manuelle a permis à la mission de retrouver, dans la plupart des cas, à quelle structure d'exercice concrète correspond chaque adresse retenue.

Comme pour le recensement de la DGOS, la liste comporte une grande variété de structures, dont des centres adossés à des établissements de santé privés, des centres organisés en réseaux (CMSI, Urgencemed, Centres médicaux 7/7, Censomed), mais également des pôles de santé, des MSP, des cabinets de montagne, des centres SOS Médecins, et surtout un grand nombre de cabinets de médecine générale, dont certains apparaissent spécialisés dans un type d'activité correspondant aux critères, par exemple des cabinets de médecine du sport axés sur la traumatologie.

Tableau 2 : Typologie des centres de soins non programmés potentiels identifiés par la Cnam

Catégorie de structure	Effectif	Pourcentage
Cabinet médical sous forme de société (SEL, SISA, SCM)	270	39,2 %
Etablissements de santé privés	130	18,9 %
Centres organisés en réseaux ou fédérations	100	14,5 %
MSP	75	10,9 %
Autres	15	2,2 %
Pôle de santé	14	2 %
Centres SOS Médecins	12	1,7 %
Cabinet de montagne	9	1,3 %
Etablissements publics de santé	5	0,7 %
CPTS	3	0,4 %
Centres non identifiés (probable cabinets médicaux)	55	8 %
<b>Total</b>	<b>688</b>	<b>100.0 %</b>

Source : Mission d'après les données CNAM

### 1.3 Ces deux tentatives de recensement au niveau national ne se recoupent que partiellement, et ne correspondent pas toujours aux sources de données au niveau local

Les adresses figurant dans la liste CNAM et dans la liste DGOS ne permettent pas d'effectuer une correspondance directe. Pour identifier les centres communs aux deux recensements, la mission a procédé à la géolocalisation des structures de chaque liste, puis à un rapprochement géographique par un calcul de distances. Par cette méthode, environ 200 centres communs ont pu être recensés entre la liste DGOS et la liste CNAM, correspondant principalement à des centres implantés dans des établissements de santé privés, des structures organisées en réseaux et à des cabinets isolés.

Ce recoupement partiel confirme qu'en l'absence de définition réglementaire, l'identification des centres au niveau national est difficile : ni l'activité des médecins de ces centres, ni la perception des institutions ou des structures elles-mêmes, ne permettent de tracer une frontière nette entre

les centres de soins non programmés et le reste de l'activité de médecine générale proposant une offre de soins non programmés.

Par ailleurs, des écarts apparaissent entre les recensements nationaux et certaines remontées locales. Ces écarts suggèrent que la liste établie par la DGOS constitue une borne basse du nombre de centres, tandis que la liste de la Cnam correspond à une borne haute. En Auvergne-Rhône-Alpes, la liste transmise par la DGOS dénombre 49 CSNP, contre 64 selon l'ARS, et 94 dans la liste Cnam. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, la DGOS recense 90 centres, alors que l'ARS en identifie au moins 140, et que plus de 150 centres sont retenus par la méthodologie de la CNAM pour cette région.

Des écarts similaires existent pour les centres adossés à des établissements de santé privés. L'enquête conduite par la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP-MCO) durant l'été 2023 en avait identifié 84<sup>54</sup>, tandis que seuls 71 figurent dans la liste de la DGOS et qu'environ 130 structures de ce type ont été identifiées par la méthodologie de la CNAM.

Le nombre de centres organisés en réseaux apparaît sous-estimé par les deux listes. Ainsi, les listes DGOS et Cnam identifient respectivement 21 et 26 centres du réseau CMSI, tandis que ce dernier affiche actuellement 32 centres sur son site internet. De même, la Fédération française des soins non programmés (FFCSNP) regroupe 54 centres, dont une partie seulement figure dans la liste DGOS et dans la liste Cnam : cela signifie que certaines structures, bien qu'elles se considèrent comme des centres de soins non programmés, n'ont pas souhaité figurer sur la liste « santé.fr », et que certaines spécificités de leur activité ont par ailleurs conduit à leur exclusion de la méthodologie retenue par la CNAM – ce qui illustre la limite des approches déclaratives et par critères d'activité pour établir un recensement fiable des CSNP.

Étant donné la diversité des structures susceptibles d'être qualifiées de « centre de soins non programmés » sur le territoire, et l'absence de définition du terme, il n'est pas possible pour la mission d'établir une liste exhaustive. En revanche, il est possible de cartographier deux ensembles clairement structurés sur le territoire : d'une part les établissements de santé privés à but lucratif, qui comptaient 83 centres en 2023 ; d'autre part les principaux réseaux et fédérations identifiés (CMSI, FFCSNP, Urgencemed, Centres médicaux 7/7, Urg+, Censomed, etc.), qui représentent plus de 170 centres à l'échelle nationale, d'après le regroupement par la mission des cartographies de chaque réseau.

S'agissant des cabinets de médecine générale, la diversité de ceux retenus par la méthodologie de la CNAM suggère qu'il existe un continuum plutôt qu'une rupture entre, d'une part, les cabinets dont l'activité se rapproche d'un CSNP — caractérisés notamment par une faible proportion de patientèle médecin traitant et la réalisation d'actes techniques — et, d'autre part, ceux dont l'activité correspond davantage à un exercice classique de la médecine générale.

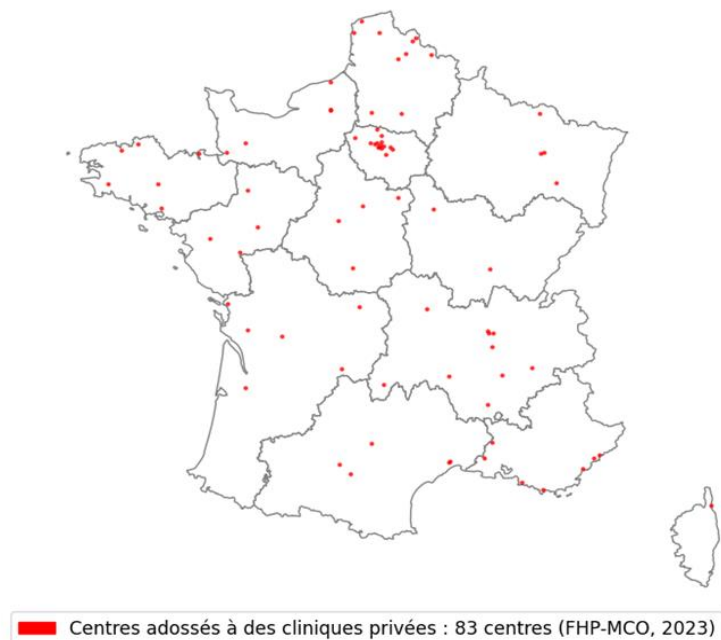
Pour analyser l'implantation territoriale des centres et leur articulation avec les besoins de santé auxquels ils pourraient répondre (amélioration de l'accessibilité aux soins, désengorgement des urgences), la mission s'appuie par la suite sur le recensement fourni par la DGOS. En effet, une partie des structures présentes dans la liste CNAM n'a pas pu être identifiée précisément par la mission, et de nombreux cabinets retenus par cette méthodologie ne paraissent pas se distinguer

---

<sup>54</sup> Les centres de consultations non programmées, Enquête FHP-MCO, octobre 2023.

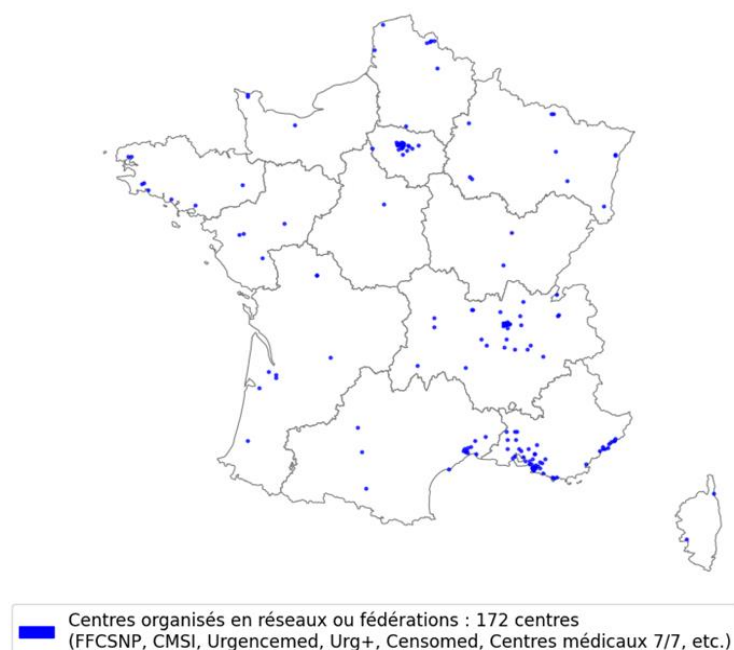
suffisamment de cabinets de médecine générale classique. Les résultats relatifs à l'implantation territoriale des CSNP sont toutefois robustes à l'utilisation de l'un ou l'autre recensement.

Carte 1 : Cartographie des CSNP développés par les établissements de santé privés à but lucratif (recensement FHP-MCO 2023)



Source : Mission d'après l'enquête FHP-MCO réalisée en 2023

Carte 2 : Cartographie des CSNP organisés en réseaux ou fédérations (FFCSNP, CMSI, Urgencemed, Centres médicaux 7/7, Medsoins, Urg+, Censomed, etc.)



Source : Mission d'après les sites internet des principaux réseaux

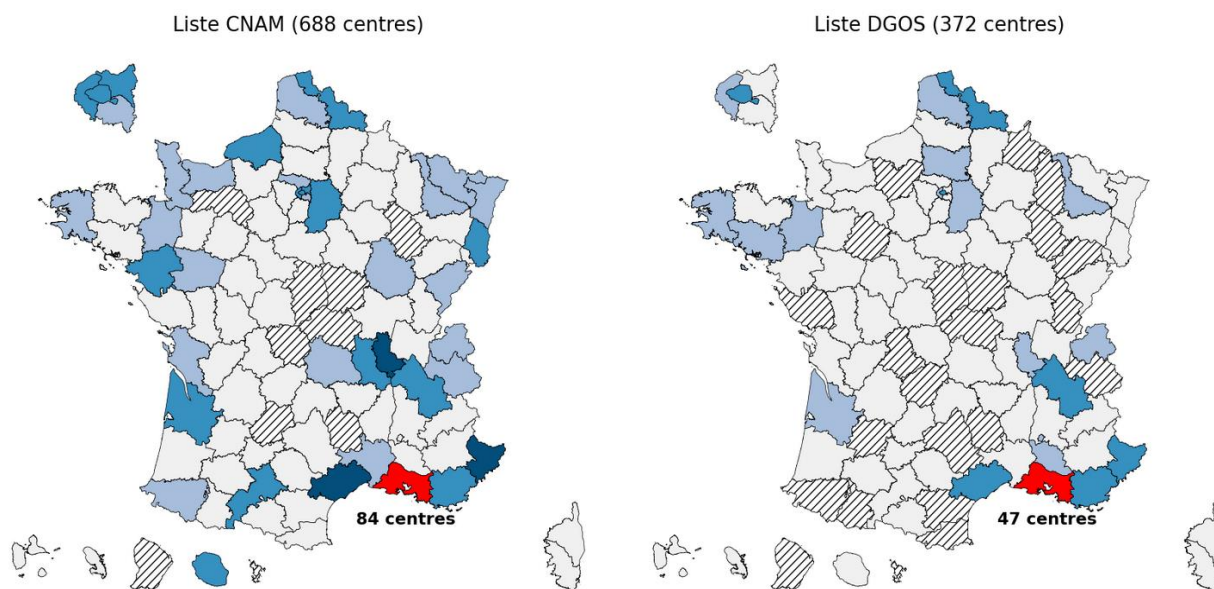


## 2 L'implantation territoriale des CSNP est très hétérogène et ne correspond pas toujours aux besoins territoriaux d'accessibilité aux soins

### 2.1 Le développement de ces centres s'est fait de façon hétérogène, sans aucune concertation, principalement dans les régions ARA et PACA, et majoritairement dans des centres urbains denses

Les deux tentatives de recensement au niveau national permettent de situer l'ordre de grandeur des centres de soins non programmés à plusieurs centaines sur le territoire. Si les centres retenus ne sont pas toujours identiques entre ces deux recensements, leur répartition territoriale est similaire, et révèle que les CSNP se sont développés de façon très hétérogène.

Carte 3 : Répartition départementale du nombre de centres de soins non programmés d'après les listes CNAM et DGOS



Source : Mission à partir des listes de la Cnam et de la DGOS

Les régions ayant connu le développement le plus marqué sont Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA) et Auvergne-Rhône-Alpes (ARA). Dans ces régions, certains départements présentent une densité particulièrement élevée de centres, en particulier les Bouches-du-Rhône, qui dans chaque liste présente environ deux fois plus de centres que le deuxième département le plus concerné.

À l'inverse, selon les données de la DGOS, 21 départements métropolitains ne compteraient aucun centre de soins non programmés. Dans la majorité des départements couverts, l'offre demeure réduite : 55 % comptent trois centres ou moins et 75 % en comptent cinq ou moins, toujours selon la liste DGOS.

Tableau 3 : Nombre de CSNP dans les principales régions

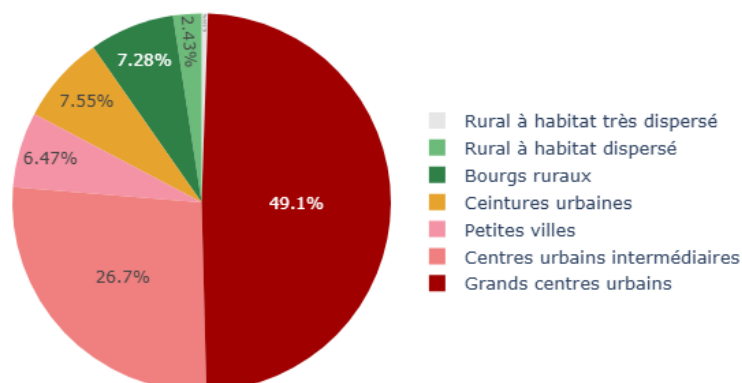
Région	Nombre de centres (Cnam)	Nombre de centres (DGOS)	Données transmises par les ARS visitées par la mission
Provence-Alpes-Côte d'Azur	154	90	140
Auvergne-Rhône-Alpes	94	49	66
Occitanie	80	26	-
Île-de-France	77	51	38
Nouvelle-Aquitaine	62	18	-
Grand Est	45	21	15
Hauts-de-France	32	30	-
Normandie	29	12	-
Pays de la Loire	28	7	-
Bretagne	27	31	24
Bourgogne-Franche-Comté	24	14	-
La Réunion	17	5	-
Centre-Val de Loire	12	9	-
Corse	3	6	-
Martinique	2	1	-
Guadeloupe	1	1	-
Mayotte	1	0	-
<b>Total</b>	<b>688</b>	<b>372</b>	

Source : Mission à partir des listes de la Cnam, DGOS, et des remontées des ARS

Le croisement des communes d'implantation des centres avec la grille communale de densité de l'Insee<sup>55</sup> montre que leur développement s'est concentré dans les zones urbaines denses. La grille communale de densité permet de classer les communes en fonction du nombre d'habitants et de la répartition de ces habitants sur leur territoire. Plus la population est concentrée et nombreuse, plus la commune est considérée comme dense. Tant pour les centres identifiés par la CNAM que pour ceux recensés par la DGOS, près de la moitié sont implantés dans de grands centres urbains, tandis que moins d'un quart se trouvent dans des zones rurales. Cette implantation privilégiée des centres dans des territoires où la demande potentielle de soins est plus forte a été confirmée par les principales ARS concernées.

<sup>55</sup> La méthodologie s'appuie sur le découpage du territoire en carreaux de 1 kilomètre de côté et sur l'agrégation de carreaux de densité équivalente, définissant des « taches » ou « clusters ». Chaque commune est ensuite affectée dans une catégorie en fonction de la part de la population communale comprise dans les différents types de cluster.

Graphique 1 : Répartition de l'implantation des CSNP identifiés par la DGOS selon la densité de population des communes établie par l'INSEE



Lecture : 49,1 % des centres identifiés sont situés dans des grands centres urbains

Source : Mission d'après la grille de densité 2025 de l'INSEE et la liste DGOS

## 2.2 Le développement des CSNP s'est concentré dans des territoires disposant d'une bonne accessibilité aux soins

Il est difficile de mesurer précisément le lien entre l'implantation des centres de soins non programmés et l'existence d'un besoin de prise en charge, notamment en matière d'accessibilité aux soins. Plusieurs indicateurs peuvent toutefois être mobilisés pour apprécier le niveau d'accessibilité aux soins des territoires.

- En premier lieu, la classification des zones sous-denses en médecins, arrêtée par les agences régionales de santé et associée à des dispositifs d'aide à l'installation des médecins libéraux, permet d'identifier les territoires présentant un déficit d'offre médicale, en particulier en médecine générale. L'échelon d'analyse retenu est celui du « territoire de vie-santé », défini à partir des conditions d'accès d'une population donnée aux équipements et services du quotidien, et pouvant regrouper une ou plusieurs communes. Le classement en zones d'intervention prioritaire (ZIP) et en zones d'action complémentaire (ZAC) repose sur un indicateur de référence : l'accessibilité potentielle localisée (APL) à un médecin<sup>56</sup>.

- En second lieu, une typologie communale de l'accès aux soins de premier recours a été élaborée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)<sup>57</sup>. Cet indicateur prend en compte l'accessibilité aux soins, la dynamique de l'offre (évolution dans le temps du nombre de médecins généralistes) ainsi que les besoins en santé. Il couvre les

<sup>56</sup> Calculé chaque année par le ministère chargé de la santé, l'indicateur d'APL mesure l'offre médicale disponible sur un territoire de vie-santé. Il prend en compte le nombre de médecins généralistes jusqu'à 65 ans, l'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de ses consultations ou visites effectuées dans l'année, le temps d'accès aux praticiens, le recours aux soins des habitants par classe d'âge.

<sup>57</sup> Bonal, M., Padilla, C., Chevillard, G. & Lucas-Gabrielli, V. (2025). Une approche multiprofessionnelle de l'accessibilité aux soins de premier recours : des configurations territoriales très diverses. Document de travail n° 93, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), mars 2025.

médecins généralistes, mais également les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, radiologues, laboratoires, pharmacies et services d'urgence, pour prendre en compte l'ensemble des professionnels de santé relevant du premier recours. Cet indicateur répartit les communes en 7 classes d'accessibilité.

- En troisième lieu, il est possible d'étudier l'articulation des CSNP avec le développement des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), dont la vocation est d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des prises en charge dans les territoires, au sein d'un cadre d'exercice coordonné, et vis-à-vis desquelles la présence de CSNP pourrait apparaître redondante, cela d'autant plus que certaines MSP ont développé leur propre offre de soins non programmés.

## **Résultats**

En utilisant le recensement fourni par la DGOS comme liste de référence<sup>58</sup>, il apparaît qu'un quart des centres identifiés (25 %) se trouvent dans une commune classée en zone d'intervention prioritaire (ZIP) ou comprenant un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) en ZIP, et près de la moitié des centres (47 %) sont situés dans une commune en zone d'action complémentaire (ZAC) ou comprenant un QPV en ZAC. Ces proportions semblent cohérentes avec les remontées des ARS : ainsi, le recensement local mené par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes fait apparaître 24 % des centres situés en ZIP, 50 % en ZAC et 26 % hors zonage.

Ces chiffres peuvent s'expliquer en partie par l'extension progressive du zonage conventionnel à un nombre important de communes, qui conduit mécaniquement à ce qu'une partie des centres se situe dans ces zones ciblées. Ainsi, en région PACA, plus de 56 % de la population, soit environ 2 800 000 personnes, est désormais couverte par les dispositifs d'aide à l'installation des médecins libéraux. Au niveau national, sans considérer les QPV, 39,3 % des communes sont aujourd'hui classées en ZIP, ce qui représente environ 28 % de la population<sup>59</sup>. Au total, environ 75 % de la population vit dans une commune concernée par le zonage conventionnel, que ce soit ZIP, ZAC ou ZAR<sup>60</sup>. Ainsi, par rapport à la répartition nationale des communes dans les différentes catégories du zonage, les CSNP ne semblent pas s'être développés dans les zones particulièrement ciblées par les ARS, même si une part importante se situe dans ces zones du fait de l'extension du zonage.

Enfin, le croisement avec la typologie communale de l'accès aux soins montre que les structures identifiées se sont développées dans les communes ayant, relativement aux autres, une bonne accessibilité aux soins de premier recours. Le croisement avec le nombre de MSP par commune montre que plus de la moitié des centres se sont implantés dans des communes comportant déjà une MSP<sup>61</sup>. Ces deux résultats confirment que le développement des centres ne s'est pas articulé avec les disparités territoriales de l'offre de soins de premier recours.

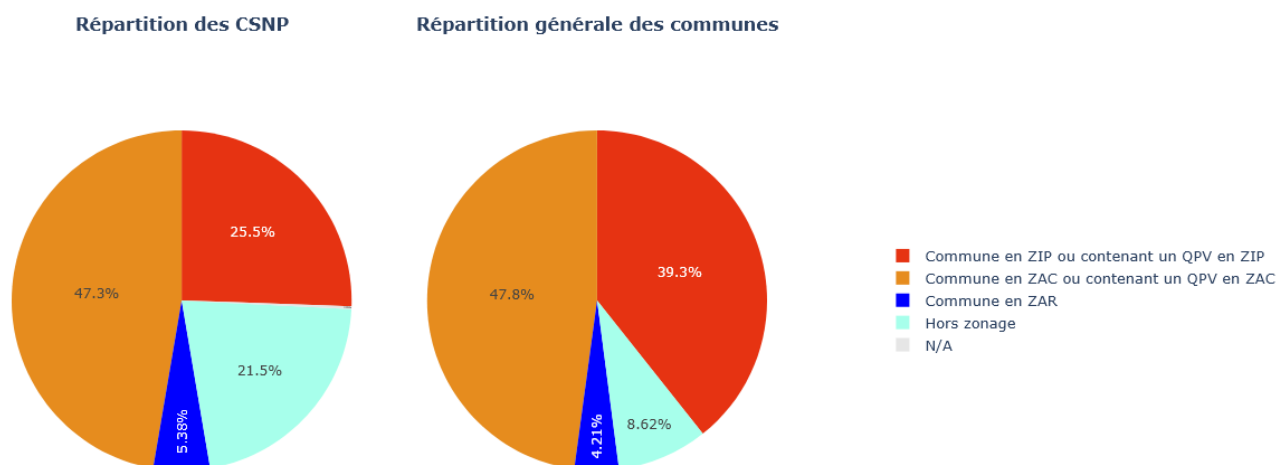
<sup>58</sup> Les proportions sont robustes à l'utilisation du recensement de la CNAM.

<sup>59</sup> Calcul de la mission en croisant le zonage conventionnel en vigueur (disponible sur CartoSanté) et le dernier millésime disponible de la population communale (2022).

<sup>60</sup> Idem.

<sup>61</sup> Le site CartoSanté recense 2832 MSP en 2024.

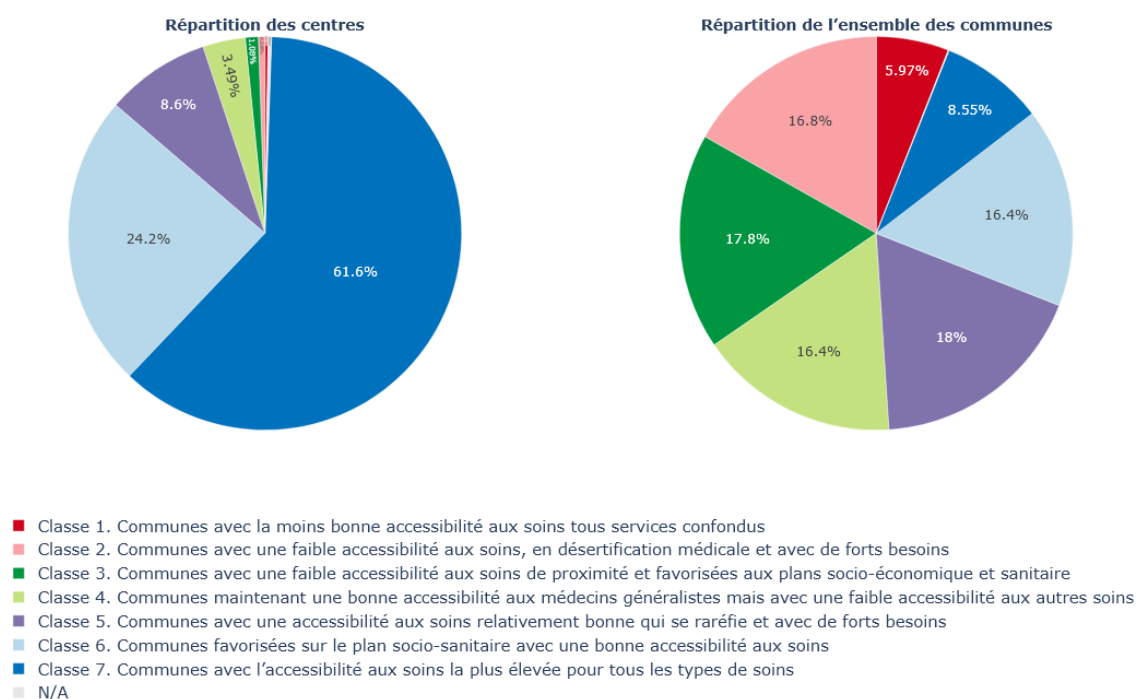
Graphique 2 : Typologie des lieux d'implantation des CSNP selon le zonage conventionnel des ARS, d'après la liste DGOS



Lecture : 25,5 % des centres de la liste DGOS sont dans des communes en ZIP ou contenant un QPV classé en ZIP, tandis que 39,3 % des communes françaises sont aujourd'hui dans une ZIP

Source : Mission d'après la liste DGOS et le zonage conventionnel disponible sur le site « CartoSanté »

Graphique 3 : Accessibilité aux soins des communes d'implantation des CSNP, d'après la liste DGOS



Source : Mission d'après la liste DGOS et la typologie des communes de l'IRDES

Graphique 4 : Nombre de MSP dans les communes d'implantation des CSNP, d'après la liste de la DGOS



Lecture : 31,8 % des centres de soins non programmés sont localisés dans des communes ayant une MSP en 2024

Source : Mission d'après la liste DGOS et le nombre de MSP par commune en 2024 (CartoSanté)

### 2.3 En conséquence de leur présence en zone urbaine dense, la plupart des CSNP identifiés se trouvent sur des territoires présentant un nombre élevé de passages aux urgences évitables, sans qu'il soit possible de quantifier leur impact sur ces passages

Un autre besoin auquel les centres de soins non programmés peuvent répondre est la réduction de l'engorgement des services d'urgence, en prenant en charge une partie des passages évitables. L'outil TRU-SNP, développé par l'ORS PACA, permet d'objectiver à l'échelle d'un territoire le volume de passages évitables et constitue ainsi une aide à la décision pour évaluer l'opportunité d'implanter un CSNP.

#### L'outil TRU-SNP

L'**outil TRU-SNP** a été développé par l'Observatoire Régional de la Santé PACA (ORS PACA), à la demande de la DGOS, en lien avec la direction des études de l'ARS PACA (DEEE), la direction des soins de proximité (DSDP), la direction de l'offre de soins (DOS) et le GRADES PACA. La Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU) a apporté son expertise métier sur les indicateurs de passages aux urgences relevant potentiellement de la ville.

Le but de cet outil est d'identifier les territoires sur lesquels développer l'offre de SNP alternative aux urgences permettrait de réduire les passages aux urgences de faible complexité.

Un Passage aux urgences Relevant Potentiellement de la Ville (PRPV) correspond à un passage qui aurait pu être pris en charge par : (i) un médecin généraliste, le cas échéant en s'appuyant sur des avis spécialisés et des examens complémentaires ; (ii) des structures alternatives aux urgences et disposant d'un petit plateau technique pour la prise en charge de la petite traumatologie.

**Données.** Le nombre de PRPV est estimé principalement à partir de la base de données nationale des Résumés de Passages aux Urgences (RPU), recensant 48 millions de passages aux urgences (pour 2018, 2019, 2021). L'analyse porte sur les données transmises par 620 structures d'urgences ayant un FINESS géographique.

**Méthodologie.** Pour chaque diagnostic de la base, un score composite de complexité diagnostic (SCCD) a été construit en utilisant les marqueurs de complexité associés à ce diagnostic : % d'hospitalisation ou transfert, % de CCMU-345, % d'arrivée en ambulance, VSAV ou SMUR, % de patient de moins de 1 an ou plus de 75 ans, durée médiane de passage aux urgences. Chaque marqueur est discrétisé en centiles, et le score de complexité du diagnostic est défini comme la somme des centiles correspondants pour chacun de ses marqueurs. Chaque diagnostic est ainsi associé à un score sur 500, ensuite discrétisé en décile (1 = faible complexité, 10 = grande complexité). Un score alternatif, construit cette fois par une méthode statistique (ACP) et divisé lui aussi en déciles, est également utilisé pour caractériser les PRPV.

Les **PRPV sont ensuite définis selon 3 critères** :

- Le mode d'arrivée aux urgences doit être différent du SMUR/Hélico
- Le mode de sortie doit être un retour à domicile (pas une hospitalisation ou un transfert).
- Le diagnostic principal doit appartenir aux quatre premiers déciles du SCCD et du score alternatif obtenu par ACP.

Remarque : le SCCD a une bonne performance pour identifier *a posteriori* un passage « non urgent », mais il ne constitue pas un outil de prédiction puisqu'il repose sur le diagnostic établi dans le relevé du passage aux urgences.

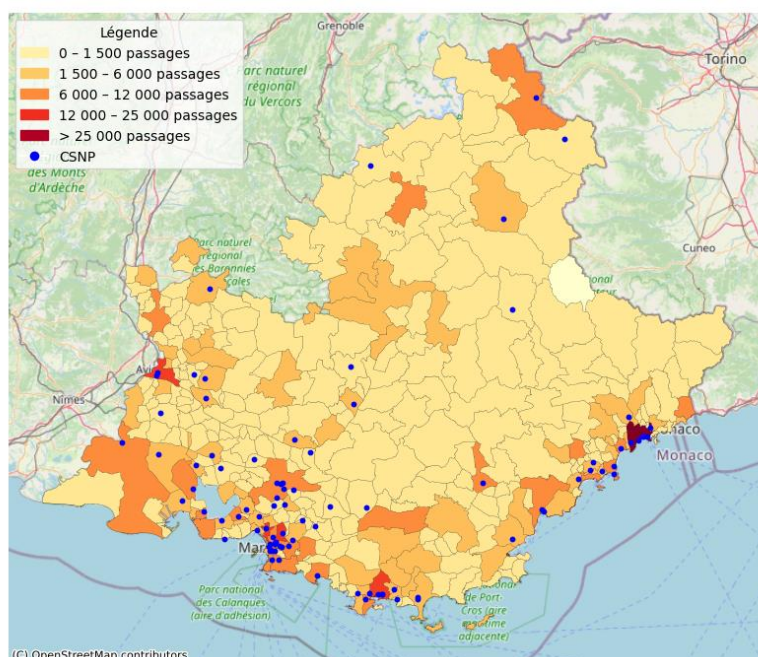
**Cartographie.** Le nombre de passages PRPV est ensuite regroupé par code géographique PMSI. Le code PMSI est utilisé pour renforcer l'anonymisation des données d'activité médicale déclarées par les établissements de santé : c'est l'information la plus précise disponible sur la localisation d'un patient. Le code géographique PMSI correspond plus ou moins au code postal de résidence du patient. Si le code postal regroupe des communes qui accueillent au total plus de 1000 habitants, le code géographique PMSI correspond au code postal. Dans le cas contraire, le code géographique PMSI correspond à un code postal agrégé.

D'après les travaux de l'ORS PACA, les passages aux urgences pouvant relever de la ville (PRPV) représentent environ 40 % des passages aux urgences, même si ce taux peut varier selon les territoires. Les PRPV concernent plus souvent des pathologies traumatiques, et parmi les passages aux urgences liés à la traumatologie, près de 8 sur 10 sont des PRPV (79,4 %). Il a notamment été estimé que plus de la moitié (53 %) de ces PRPV liés à la traumatologie pourraient être pris en charge dans un cabinet médical avec accès différé à la radiologie.

Le croisement du nombre de PRPV avec la localisation des CSNP identifiés par la DGOS dans les deux régions les plus concernées (ARA et PACA) montre que leur développement s'est plutôt fait dans des territoires caractérisés par un nombre élevé de passages évitables. Cette situation peut s'expliquer par leur implantation majoritaire dans des zones urbaines denses, où se trouvent également des services d'urgence et où, mécaniquement, le volume de passages potentiellement évitables est plus important.

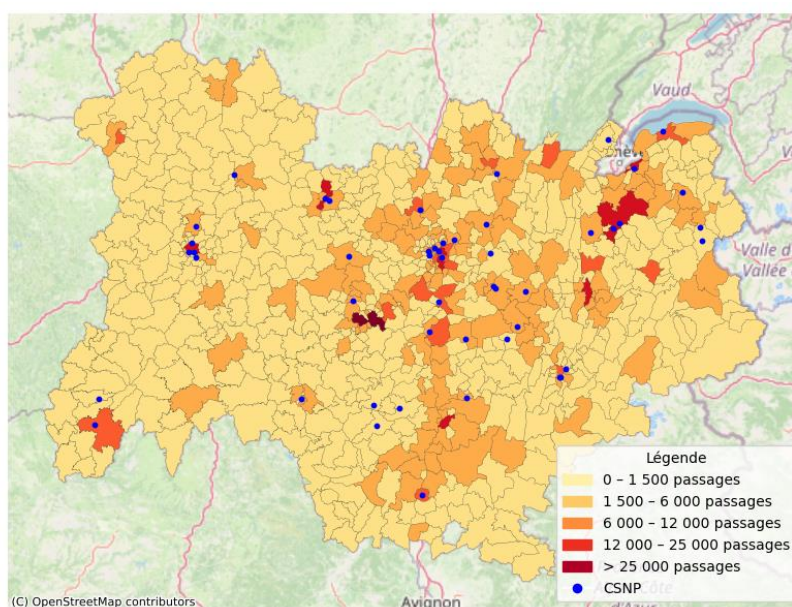


Carte 4 : Répartition des PRPV en PACA et articulation avec l'implantation des CSNP



Source : Mission d'après l'outil TRU-SNP et la liste DGOS

Carte 5 : Répartition des PRPV en ARA et articulation avec l'implantation des CSNP



Source : Mission d'après l'outil TRU-SNP et la liste DGOS

Cependant, au-delà de l'analyse descriptive de l'implantation des centres, il est très difficile de quantifier l'impact de leur développement sur le nombre de passages aux urgences à l'échelle d'un territoire.

Une étude économique réalisée par le cabinet Antares Consulting sur les CMSI de Nancy et Poitiers met en avant une concomitance entre l'augmentation des passages dans le CMSI de Nancy et une diminution des passages dans les services d'urgence de la région Grand Est entre



2019 et 2023, de même pour le CMSI de Poitiers entre 2022 et 2023. Toutefois, la variabilité annuelle du nombre de passages dans les services d'urgence, accentuée par la crise sanitaire du Covid-19, ne permet pas de conclure sur une tendance à la baisse des passages en SAU dans les régions considérées. *A fortiori*, aucun lien de causalité ne peut être établi avec l'augmentation observée des passages aux CMSI, et la concomitance relevée paraît surtout provenir du choix des années de référence. Cela traduit la difficulté de quantifier, en l'absence de données précises sur le parcours des patients, un lien entre la fréquentation d'un centre et le nombre de passages aux urgences à proximité, qui plus est quand le lien avec le service d'urgences n'a pas fait l'objet d'un conventionnement.

Dans le cas de certains CSNP ayant conventionné avec un service d'urgences, la mission a recueilli des informations indiquant que, si des réorientations de patients sont effectivement réalisées depuis les urgences vers ces centres, leur volume demeure limité et leur impact sur le flux global des passages aux urgences reste difficile à quantifier. Le CMA adossé à l'hôpital de Lariboisière et le centre Urgencemed situé au sein de l'hôpital Necker, ont mis en place un protocole formalisé de réorientation pour les infirmières d'accueil ainsi qu'un système d'information permettant d'assurer le suivi des patients. Entre mai 2024 et mai 2025, le CMA de Lariboisière a enregistré en moyenne un peu moins de dix patients réadressés par jour d'ouverture, avec un objectif d'augmentation à terme. Des volumes comparables sont observés pour le centre Urgencemed de Necker. Néanmoins, dans les deux cas, l'ouverture de ces centres n'a pas eu d'effet identifiable sur le nombre de passage global aux urgences (mensuel ou annuel), étant donné la variabilité du flux global de passages et les volumes pour l'instant modestes des réorientations.

À l'échelle d'un territoire, les difficultés d'identification sont encore plus marquées. La variabilité des passages aux urgences, combinée à l'absence de données précises sur le parcours des patients fréquentant les CSNP, rend particulièrement complexe l'établissement d'un contrefactuel robuste permettant d'estimer le nombre de passages aux urgences qui aurait été constaté en l'absence de développement des CSNP au cours des dernières années.

### 3 L'analyse de l'activité des centres confirme l'existence de plusieurs modèles distincts

Parallèlement à son travail de recensement, la CNAM a transmis à la mission des données sur l'activité des centres identifiés. L'analyse met en évidence une forte concentration du volume d'activité dans un nombre limité de structures et révèle l'existence de plusieurs modèles distincts.

#### 3.1 Une majorité de petits cabinets de médecine générale, où exerce parfois une infirmière

La majorité des structures identifiées par la CNAM semble correspondre à de petits cabinets regroupant quelques médecins généralistes, dans lesquels exercent éventuellement une ou plusieurs infirmières diplômées d'État (IDE). Plus de 60 % des centres recensés comptent un ou deux médecins libéraux et la moitié ne dispose d'aucune IDE. Les deux profils les plus fréquents sont : des centres avec deux médecins sans IDE (19,9 %) et des centres avec un médecin et une IDE (9,4 %).

La liste inclut également un nombre limité de structures de taille plus importante, qui se répartissent principalement selon deux configurations : (i) des structures regroupant un grand nombre de médecins généralistes, associés à quelques IDE ; (ii) des structures comprenant de nombreuses IDE mais peu de médecins généralistes.

Tableau 4 : Les cinq profils de centres les plus fréquents

Nombre de MG	Nombre d'IDE	Nombre de centres	Pourcentage du total de centres
2	0	137	19,9 %
1	1	65	9,4 %
1	2	60	8,7 %
3	0	60	8,7 %
4	0	45	6,5 %

Source : Mission d'après données CNAM

Tableau 5 : Nombre de centres selon l'effectif des professionnels de santé

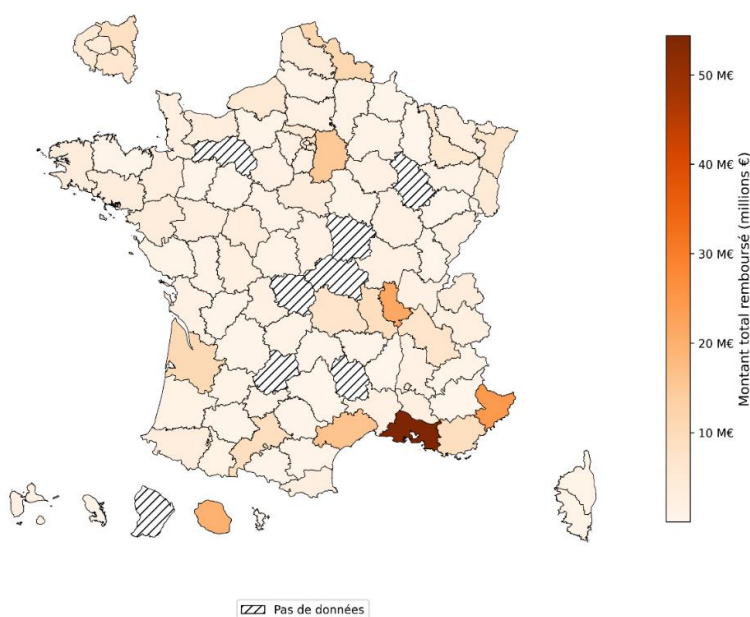
Effectif total (Médecins + IDE)	Nombre de centres	Pourcentage du total de centres
1	37	5,4 %
2	203	29,5 %
3	136	19,8 %
4	108	15,7 %
5-10	186	27,0 %
Plus de 10	18	2,6 %
<b>Total</b>	<b>688</b>	<b>100 %</b>

Source : Mission d'après données CNAM

### 3.2 En volume, une activité portée par un petit nombre de centres et répartie de façon hétérogène sur le territoire

Les données transmises par la CNAM font apparaître un total de 371 M€ de remboursements (dont 347 M€ pour la métropole). La répartition territoriale de ces remboursements est hétérogène et reflète celle du nombre de centres, avec un volume important de remboursements concentré dans le département des Bouches-du-Rhône. Ces remboursements correspondent à plus de 11 M de séances de soins réalisées dans ces centres, pour environ 6,7 M de patients.

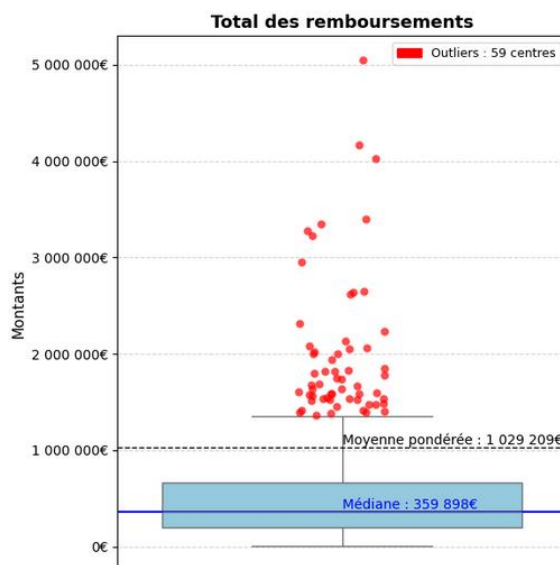
Carte 6 : Montants remboursés par la Cnam (total par département)



Source : Mission d'après les données CNAM

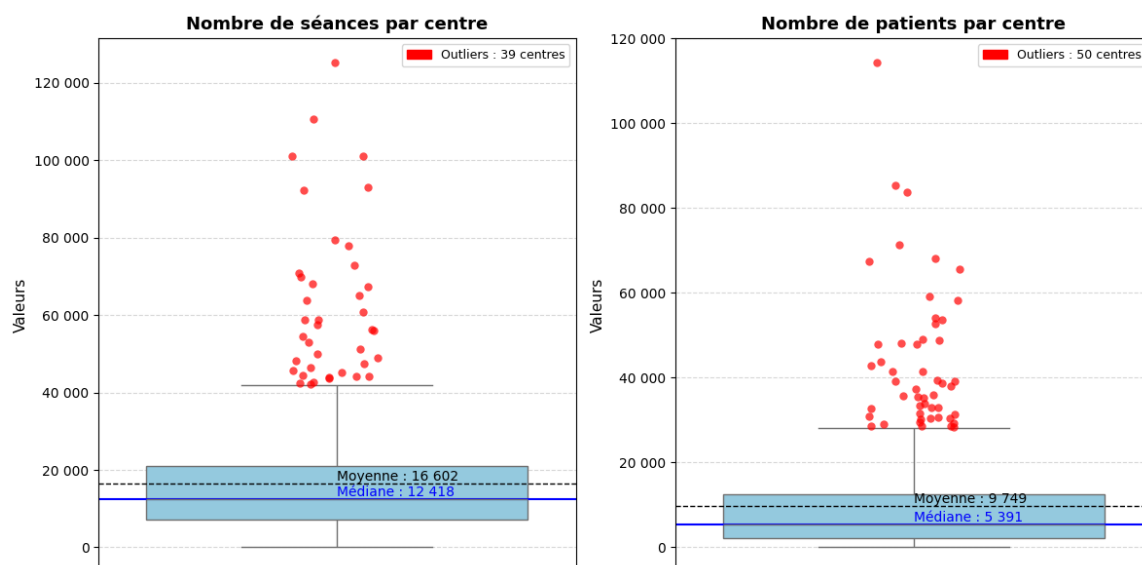
La moitié des structures identifiées perçoivent moins de 360 000 € de remboursements de l'Assurance maladie, tandis que plusieurs dizaines reçoivent des montants de l'ordre de plusieurs millions d'euros. Cette forte disparité reflète l'hétérogénéité des volumes d'activité : la liste inclut aussi bien de petits cabinets que des structures dotées d'effectifs importants. En moyenne, les centres ont réalisé environ 12 000 séances de soins et accueilli un peu plus de 5 000 patients en 2024, mais certains dépassent plusieurs dizaines de milliers de séances et de patients. En particulier, une quarantaine de centres ont effectué plus de 40 000 séances de soins sur l'année.

Graphique 5 : Distribution des montants remboursés par l'Assurance maladie aux centres identifiés



Source : Mission d'après les données Cnam

Graphique 6 : Distribution du nombre de séances et du nombre de patients dans les structures identifiées



Source : Mission d'après les données CNAM

**Les structures avec le plus d'effectif concentrent le volume d'activité.** Les centres disposant d'effectifs importants concentrent une part significative du volume global. Ainsi, les structures réunissant plus de huit professionnels de santé (médecins et/ou IDE) ne représentent que 6 % de l'ensemble (41 centres sur 688), mais prennent en charge 19,2 % des patients recensés et réalisent 18,5 % des séances totales. Elles pèsent également de manière notable sur certaines activités : 23,1 % des majorations régulées (PDSA), 26,2 % des majorations non régulées (MNF), 13,3 % des majorations SNP, ainsi que 17 % du total des actes CCAM et 13,3 % des actes YYYY010.

L'analyse de la répartition des majorations (MNF, PDSA, SNP) et des actes techniques (CCAM, traceurs, YYYY010) met en évidence une concentration encore plus marquée des volumes.

**Des majorations peu utilisées dans l'ensemble, mais certains centres y recourent de manière intensive.** Dans l'ensemble, les majorations non régulées MNF et les majorations SNP sont peu utilisées : 40 % des centres n'ont coté aucune de ces deux majorations au cours de l'année 2024. Mais les 10 centres les plus actifs sur la majoration MNF concentrent à eux seuls plus de 50 % du volume total, et la majoration SNP présente une dynamique similaire. La majoration régulée (PDSA) est en revanche plus fréquemment utilisée dans les centres identifiés, mais sa répartition reste polarisée : 75 % des centres en cotent moins de 4 000 par an, tandis qu'une quarantaine de centres en cotent plus de 10 000, représentant plus d'un tiers du total.

**Une activité technique marginale et également très concentrée en volume.** L'activité CCAM est très concentrée : 37 centres (5,4 % du total) réalisent plus de 30 % du volume global, ce qui montre que l'activité moyenne des structures identifiées n'a qu'une faible composante technique. Les actes de type YYYY010 sont très inégalement répartis : 50 % des centres n'en facturent aucun et 75 % en facture moins de 100 par an ; à l'inverse, une vingtaine de structures en facturent plus de 2 000 sur l'année, et représentent à elles seules 40 % du volume total. Les centres les plus actifs en matière d'actes CCAM sont également, pour la plupart, ceux qui facturent le plus d'actes traceurs : sept centres figurent parmi les dix premiers sur ces deux variables.

### 3.3 Une fois supprimé l'effet volume, plusieurs modèles d'activité se distinguent parmi les structures identifiées

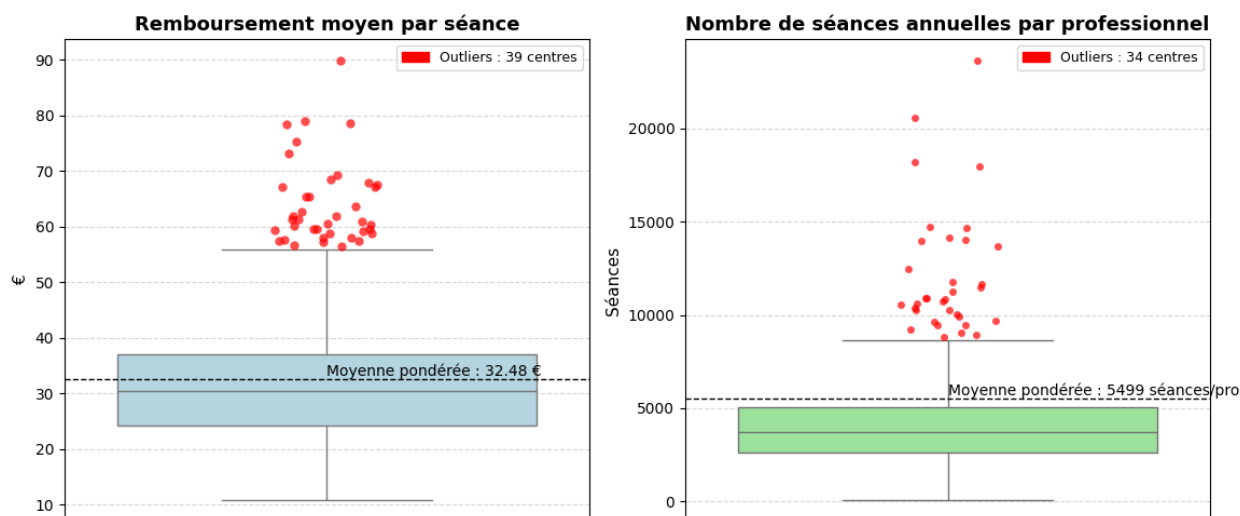
Pour analyser plus précisément les différents modèles d'activité des centres, il est nécessaire de retirer l'effet volume. En effet, un centre qui réalise un important volume de majorations ou d'actes techniques n'a pas forcément un fonctionnement atypique, si son volume d'activité est par ailleurs très important. Les variables pertinentes pour apprécier les modèles d'activité sont donc des variables rapportées à la séance de soin (exemple : nombre de majoration PDSA par séance, plutôt que le nombre total de majorations PDSA réalisées). Une fois divisées les variables d'activité et de remboursement par le nombre de séances, plusieurs remarques peuvent être faites.

En premier lieu, le coût moyen pour l'Assurance maladie d'une séance de soins dans ces centres s'établit à en moyenne à 32 € par séance, avec toutefois des disparités importantes. Les praticiens exerçant dans ces structures réalisent en moyenne 5 499 séances par an<sup>62</sup>.

L'analyse des majorations et des actes montre que l'activité atypique ne correspond pas nécessairement aux centres enregistrant les volumes les plus élevés. Ainsi, parmi les 69 centres appartenant aux 10 % de structures réalisant le plus d'actes CCAM par séance, on trouve principalement de petites structures : elles regroupent en moyenne 2,7 médecins généralistes sans infirmiers, réalisent environ 10 000 séances par an et perçoivent en moyenne 450 000 € de remboursements de l'Assurance maladie.

<sup>62</sup> Nombre total de séances rapporté à l'effectif cumulé de médecins et d'IDE. Moyenne pondérée par le nombre total de séances.

Graphique 7 : Distribution du coût moyen pour l'assurance maladie d'une séance de soins dans les CSNP identifiés, et du nombre de séances réalisés par les professionnels de santé



Source : Mission d'après données CNAM

Pour distinguer, au-delà des différentes catégories de centres (centres des réseaux, des établissements de santé privés, cabinets médicaux, MSP), quels sont les modèles d'activité, la mission a réalisé une analyse par clustering à partir des variables d'effectifs (nombre de médecins généralistes et d'IDE), des variables d'activité rapportées à la séance (nombre d'actes ou de majorations par séance), et des variables structurelles d'organisation (nombre de séances par professionnel de santé, pourcentage de séances multi professionnelles, nombre total de séances). Cette analyse permet de mettre en évidence cinq grands types d'activités parmi les structures identifiées par la CNAM.

### Méthodologie de l'analyse par clustering

Afin de caractériser et regrouper les centres selon leurs profils d'activité, une analyse statistique a été conduite en plusieurs étapes :

**1. Choix des variables et prétraitement des données.** Les variables retenues pour l'analyse peuvent être regroupées en trois grandes catégories :

- **Variables d'effectifs** : nombre de médecins généralistes, nombre d'infirmiers diplômés d'État.
- **Variables d'activité rapportées au nombre de séances** : majorations PDSA par séance, majorations non régulées (MNF) par séance, majorations SNP par séance, actes CCAM par séance, actes traceurs CCAM par séance, actes YYYY010 par séance, remboursement moyen par séance.
- **Variables structurelles de fonctionnement** : nombre de séances par professionnel de santé, proportion de séances réalisées en association médecin-infirmier, nombre total de séances.

Les données sont ensuite centrées-réduites, afin que chaque variable ait une moyenne nulle et un écart-type égal à un.

**2. Clustering par K-means.** L'algorithme des K-means est ensuite appliqué aux données standardisées pour partitionner les centres en un nombre prédéfini de groupes homogènes (les « clusters »).

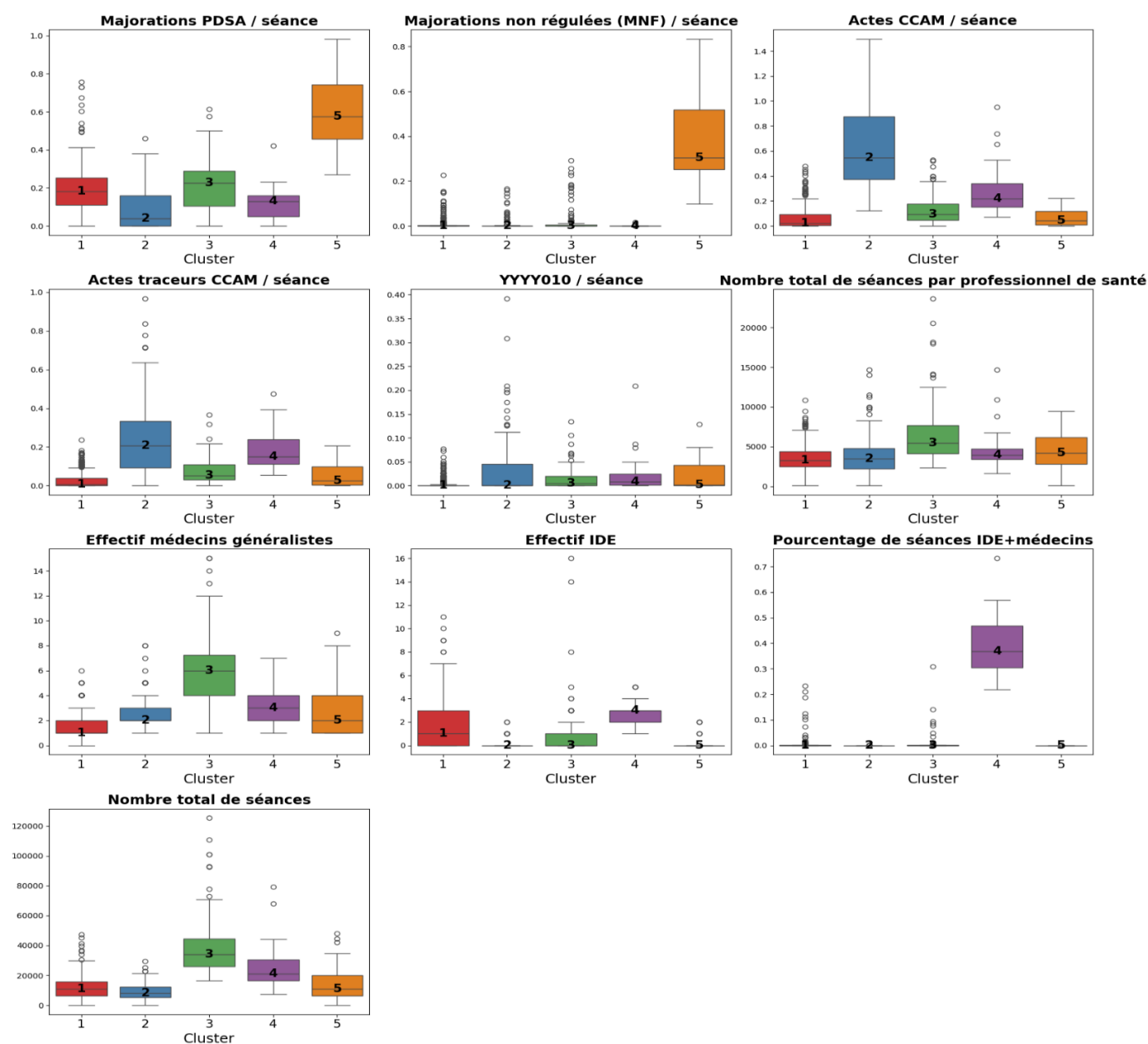
L'algorithme des K-means est une méthode de classification non supervisée qui permet de regrouper des individus aux caractéristiques similaires au sein d'un nombre prédéfini de groupes (clusters). Le procédé est itératif : dans un premier temps, des centres de clusters (centroïdes) sont choisis aléatoirement. Chaque individu est ensuite affecté au centroïde le plus proche, puis les centroïdes sont recalculés comme la moyenne des individus appartenant à chaque cluster. Ce processus d'affectation et de mise à jour se répète jusqu'à convergence, c'est-à-dire jusqu'à ce que la répartition des individus dans les clusters ne varie plus de manière significative.

L'algorithme cherche ainsi à **minimiser la variance intra-cluster**, afin que les individus d'un même groupe soient les plus proches possible, et à **maximiser la variance inter-cluster**, de façon à ce que les clusters soient bien distincts entre eux. Dans l'analyse présentée, le nombre de clusters a été fixé à cinq, selon la méthode dite « du coude », qui consiste à identifier le point où l'amélioration de la qualité de partition devient marginale lorsque l'on augmente le nombre de clusters.

**3. Analyse descriptive des clusters.** Des boxplots par cluster et par variable permettent d'interpréter les profils moyens de chaque groupe et de comparer les distributions. Cette étape vise à qualifier l'activité des centres présents dans chaque cluster.

Remarque : L'analyse a également été conduite à l'aide d'une classification ascendante hiérarchique (CAH), afin de comparer et de valider la structuration des groupes obtenus.

Graphique 8 : Distribution des différentes variables d'activité, selon le cluster identifié



*Note de lecture : Dans le cluster 5 (en haut à gauche), la moitié des centres effectuent au moins 6 séances sur 10 avec la majoration PDSA.*

*Source : Mission d'après les données CNAM*

Tableau 6 : Description des différents modèles d'activité distingués par le clustering

Numéro du cluster	Type de structures	Effectif du cluster	Principales catégories de structures dans le cluster	Caractéristiques de l'activité
<b>Cluster 1</b>	Structures dont l'activité s'apparente à celle de <b>petits cabinets ayant une activité peu différenciée</b>	398	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cabinet médical 48.2 % (n=192)</li> <li>- MSP 15.3 % (n=61)</li> <li>- Etablissements de santé privés 12.1 % (n=48)</li> <li>- Non identifié 9.3 % (n=37)</li> <li>- Centres organisés en réseaux ou fédérations 9.0 % (n=36)</li> <li>- Pôle de santé 3.0 % (n=12)</li> <li>- CPTS 0.8 % (n=3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activité peu différenciée en dehors du peu de patientèle médecin traitant et d'une présence relative aux horaires de la PDSA (un cinquième de l'activité réalisée en PDSA en moyenne)</li> <li>• Cluster constitué en majorité de petits cabinets médicaux</li> <li>• Pas d'actes techniques</li> <li>• Pas de recours à la majoration MNF</li> <li>• Effectifs peu nombreux en médecins généralistes (75 % des centres en ont moins de 2), mais présence fréquente d'un ou plusieurs IDE (50 % en ont au moins 1)</li> </ul>
<b>Cluster 2</b>	Structures ayant une <b>activité technique</b> importante	121	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablissements de santé privés 36.4 % (n=44)</li> <li>- Cabinet médical 29.8 % (n=36)</li> <li>- Non identifié 11.6 % (n=14)</li> <li>- Centres organisés en réseaux ou fédérations 8.3 % (n=10)</li> <li>- Cabinet de montagne 6.6 % (n=8)</li> <li>- MSP 4.1 % (n=5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beaucoup d'actes CCAM par séance (dans 50 % des centres du cluster, les médecins cotent plus d'un acte technique toutes les deux séances), dont des actes traceurs de soins non programmés. Comprend les centres qui ont une cotation intensive du YYYY010.</li> <li>• Faible recours aux majorations PDSA, pas de MNF</li> <li>• Effectifs modérés en médecins généralistes (un peu plus de 2 en moyenne)</li> <li>• Absence d'IDE, et faible volume de séances sur l'année</li> </ul>
<b>Cluster 3</b>	Structures réalisant un <b>volume de soins important</b>	104	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centres organisés en réseaux ou fédérations 31.7 % (n=33)</li> <li>- Etablissements de santé privés 29.8 % (n=31)</li> <li>- Cabinet médical 22.1 % (n=23)</li> <li>- MSP 6.7 % (n=7)</li> <li>- SOS Médecins 1.9 % (n=2)</li> <li>- Pôle de santé 1.9 % (n=2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volume de séances le plus important sur l'année, avec un nombre important de séances par professionnel (dans 50 % des centres, les médecins réalisent plus de 5000 séances par an)</li> <li>• Effectifs de médecins plus important (jusqu'à plus d'une dizaine), mais peu d'IDE</li> <li>• Recours modéré aux majorations PDSA, pas de MNF</li> <li>• Faible activité technique</li> <li>• Ce cluster regroupe une partie des établissements de santé privés, et un certain nombre de réseaux (dont des centres Urgencemed, Medsoins 7/7, Urg+, Centre médicaux 7/7).</li> </ul>



<b>Cluster 4</b>	Structures utilisant le <b>binôme médecin-infirmier</b>	33	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centres organisés en réseaux ou fédérations 63.6 % (n=21)</li> <li>- Cabinet médical 21.2 % (n=7)</li> <li>- Etablissements de santé privés 12.1 % (n=4)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence d'IDE plus marquée (plus de 3 en moyenne)</li> <li>• Pourcentage important de séances médecin+IDE : recours au binôme médecin-infirmier</li> <li>• Faible recours aux majorations PDSA, pas de majorations MNF</li> <li>• Activité technique occasionnelle, mais caractérisée par des actes traceurs</li> <li>• Volume d'activité intermédiaire</li> </ul>
<b>Cluster 5</b>	Structures montrant un <b>recours important aux majorations</b>	32	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cabinet médical 31.2 % (n=10)</li> <li>- SOS Médecins 31.2 % (n=10)</li> <li>- Non identifié 15.6 % (n=5)</li> <li>- Etablissements de santé privés 9.4 % (n=3)</li> <li>- MSP 6.2 % (n=2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Part prépondérante de l'activité réalisée en cotant la majoration PDSA et la majoration MNF : plus d'une séance sur deux pour la PDSA, presque une sur deux pour la MNF en moyenne</li> <li>• La plupart des centres SOS Médecins de la liste appartiennent à ce cluster</li> <li>• Effectifs modérés en médecins, absence d'IDE</li> </ul>

**Résultats du clustering :**

Bien que les clusters identifiés présentent encore une hétérogénéité pour certaines variables, ils confirment qu'aucun modèle-type d'activité n'existe pour les centres de soins non programmés : la diversité des activités reflète la diversité des structures, et au sein même des catégories de centres (établissements de santé privés, cabinets médicaux, centres organisés en réseaux), plusieurs modèles paraissent cohabiter.

Le clustering permet de distinguer cinq groupes de structures, qui se différencient autant par leur taille, leurs effectifs médicaux et paramédicaux, que par leur recours aux cotations ou majorations, et par leur volume d'activité.

Le **premier cluster**, qui rassemble la majorité des structures de l'échantillon (environ 400), comporte des structures apparentées à des petits cabinets de médecine générale. Ces centres, souvent composés de quelques médecins et ayant une présence limitée en IDE, réalisent une activité centrée sur la consultation classique, avec un volume relativement modeste (moins de 5000 séances par an en moyenne), peu spécialisé et avec une quasi-absence d'activité technique. La moitié d'entre eux réalise plus d'un cinquième de ses séances avec la majoration PDSA, traduisant une part significative de pratique en horaires de permanence des soins. Ce groupe se compose majoritairement de cabinets isolés (non intégrés à des réseaux) ainsi que de centres adossés à des établissements de santé privés. Il montre que l'approche par critère d'activité conduit à retenir une grande partie de structures dont l'activité se distingue peu du reste de la médecine générale hormis par une faible proportion patientèle médecin traitant, y compris lorsque ces structures sont adossées à des établissements de santé privés.

Le **deuxième cluster** (120 centres) regroupe des structures à forte composante technique, comprenant principalement des établissements de santé privés et des cabinets médicaux réalisant de nombreux actes CCAM, mais aussi des cabinets de montagne, quelques MSP et certains centres appartenant à des réseaux de CSNP. Il se caractérise par une activité technique marquée, typique des soins non programmés (présence d'actes traceurs), et, dans certains cas isolés, par une cotation intensive de certains actes spécifiques (notamment le YYYY010). En revanche, le recours aux majorations (PDSA, MNF) reste limité. L'effectif médical y est intermédiaire (souvent entre deux et trois médecins), et malgré l'importance de l'activité technique, la présence d'IDE est quasi inexistante.

Le **troisième cluster** (104 centres) se caractérise par le volume de l'activité. Il regroupe souvent des établissements de santé privés, mais aussi de nombreux centres appartenant à des réseaux organisés (Urgencemed, Centres médicaux 7/7, Medsoins 7/7, Urg+, etc.). Ces structures se distinguent par un nombre annuel de séances par professionnel sensiblement supérieur à la moyenne. Le recours aux majorations y est limité et l'activité technique reste marginale : la moitié des centres réalise moins de 10 % de ses séances avec un acte CCAM. Les effectifs médicaux peuvent être importants, mais la présence d'IDE est rare (un centre sur deux n'en compte aucun). Ce cluster correspond donc à des structures à fort rendement, capables d'absorber un volume élevé de patients.

Le **quatrième cluster** correspond à un modèle plus rare (33 centres), qui montre une utilisation importante du binôme médecin-infirmier, par la réalisation fréquente de séances multidisciplinaire (Médecin+IDE), dans la moitié des séances en moyenne. Ces structures, souvent

de petite taille (CMSI, cabinets), se caractérisent par une présence renforcée d'IDE (plus de deux en moyenne), et une orientation non négligeable de leur activité vers les actes techniques (médiane de 0,2 acte CCAM/séance). Leur recours aux majorations reste faible, mais leur profil traduit un mode d'organisation particulier, misant sur la complémentarité médecins-infirmiers, avec un volume d'activité intermédiaire et une connotation technique de l'activité.

Le **cinquième cluster** (32 centres) regroupe des structures recourant aux majorations pour une part significative de leur activité. Il inclut notamment les centres SOS Médecins, dont l'activité se situe historiquement sur les horaires de la PDSA, ainsi que certains cabinets médicaux. Dans ce groupe, une large part de l'activité repose sur les majorations PDSA et MNF : plus d'une séance sur deux est cotée avec la PDSA et près d'une sur deux avec la MNF. Les volumes de séances restent modérés et ces structures ne mobilisent jamais d'IDE.

## ANNEXE 2 : Méthodologie

Les soins non programmés sont pris en charge par tous les médecins généralistes, certains établissements de santé et l'absence de définition juridique et d'encadrement réglementaire des structures qui se prénomment centre de soins non programmés a rendu difficile la collecte d'information sur leur activité.

Pour leur dénombrement, la mission s'est appuyée sur les données de la direction générale de l'offre de soins du ministère chargé de la santé et de la Caisse nationale d'assurance maladie qui disposaient de leurs propres listes.

À partir de ces listes, la mission a analysé l'implantation géographique des centres afin d'identifier les territoires où leur développement s'est concentré ces dernières années. Elle a ensuite évalué leur articulation avec l'offre de soins existante, par un croisement avec des indicateurs territoriaux d'accessibilité aux soins.

Pour analyser l'activité des centres, la mission a exploité les données d'activité jointes à la liste de l'Assurance maladie. Une méthode dite de *clustering*, consistant à regrouper les données en ensembles homogènes, a été utilisée pour caractériser les différents modèles d'activités des centres et quantifier leurs pratiques de cotation et de majoration. Les variables utilisées étaient aussi bien structurelles (effectifs du centre, nombre total de séances, etc.) que liées à l'activité des praticiens (nombre de majoration par séance, nombre d'actes traceurs, etc.).

La mission a principalement ciblé son analyse sur les centres de soins non programmés qui appartiennent à des réseaux et qui se sont fortement développées depuis la crise Covid.

Elle s'est rendue dans 5 régions, dont les deux plus concernées par ces centres pour visiter des structures et rencontrer les agences régionales de santé.

- Auvergne-Rhône-Alpes
- Bretagne
- Hauts-de-France
- Ile-de-France
- Provence-Alpes-Côte d'Azur

La mission a complété les données statistiques nationales des précisions données par des ARS. Elle a par ailleurs rencontré les ARS dans le cadre d'une réunion rassemblant l'ensemble des directeurs de l'offre de soins (DOS), appelé comité technique des DOS.

En parallèle, la mission a auditionné des représentants des parties prenantes : directions du ministère chargé de la santé, caisse nationale d'assurance maladie, représentants des médecins, représentant des infirmiers, société savantes, organisations de la permanence des soins, fédérations des centres de soins non programmés.

La parole des usagers a été recueillie par l'audition de France Assos santé.

# LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

## APHP, siège

- Etienne Gayat, directeur général adjoint
- Ayden Tajahmady, directeur de la stratégie et de la transformation

## APHP - Hôpital Necker

- Didier Frandji, Directeur général du GHU
- Marie Ayoub, Représentante de la Direction de l'hôpital, Directrice adjointe des affaires médicales du GHU, Directrice des affaires médicales
- Dr Anne-Claire Gaudin, SAU (Service du Pr Hélène Chappuy) – Hôpital Necker
- Julie Grundlinger, Secrétaire générale du GHU
- Benjamin Lemoine, Directeur des opérations

## APHP Hôpital Lariboisière

- Guillaume du Chaffaut, Directeur du Groupe Hospitalo-Universitaire AP-HP Nord – Université Paris Cité
- Pierre-Etienne Carité, Directeur adjoint de Lariboisière – Fernand
- Céline MESNIL DE JOIE, cheffe de service des urgences

## ARS AURA

- Cécile Courreges, Directrice générale
- Yan Lequet, direction déléguée « Pilotage opérationnel, premier recours, parcours et professions de santé
- Adrien Preynat, chargé de mission au sein de la direction déléguée « Pilotage opérationnel, premier recours, parcours et professions de santé
- Clémentine Pertin, chargée de mission au sein de la direction déléguée « Pilotage opérationnel, premier recours, parcours et professions de santé

## ARS GE

- Thomas Mercier, directeur adjoint des soins de proximité

#### ARS IDF

- Arnaud Corvaisier, directeur de l'offre de soins
- Patricia Grynja, attaché de direction DOS
- Sohane Leroux, chargée de mission soins non programmés.
- Jane-Lore Mazue, responsable du département soins non programmés ,Direction de l'offre de soins
- Koré Mognon, directeur adjoint de l'offre de soins

#### ARS PACA

- Guilhem Noel, praticien hospitalier, ORU PACA
- Augustine Viard, directeur des soins de proximité

#### AVECSANTE

- Pascal Gendry, co-président, médecin
- Emmanuelle Barlerin, co-présidente, infirmière

#### Association Nationale pour l'Organisation de la Permanence des soins ambulatoires en médecine générale et des Services d'accès aux Soins

- Nicolas Ribaut, président
- Christian Betti
- Charles Charani
- Clémentine Kerdrain
- Arnaud Guillaumet
- Jean-Louis Samzun

#### Caisse nationale d'assurance maladie

- Marguerite Cazeneuve, directrice déléguée à l'offre de soins
- Fabien Badinier, Directeur du Contrôle et de Lutte contre les Fraudes, Direction Déléguée de l'Audit, des Finances et de la lutte contre la Fraude
- Emmanuel Frere-Lecoutre, directeur de l'offre de soins
- Sophie Bellanger, responsable du département statistiques
- Pierre Emmanuel de Joannis, responsable du département des Professions de santé

- Emilie Masse, direction de l'offre de soins
- Aurélie Olivier, directrice adjointe de l'offre de soins
- Raphaël Veil, responsable adjoint du département des Professions de santé

Centre hospitalier départemental de Vendée

- Dr Valérie Debierre-Nicolle, chef de service Urgences-Samu-Smur, Direction médicale SAMU 85
- Mme Legrand, chargée de mission
- Mme Melissa Malachoviez, directrice des finances et du contrôle de gestion

Centre médical d'appui (CMA), hôpital Lariboisière

- Dr Dominique Maier, directeur du CMA
- Fabienne OSTERMEYER.

Centre médical 7/7- Siège et Site de Chantepie

- Dr Jérémie Chaumoitre, responsable du consortium des centres médicaux 7/7
- Dr Antoine Langevin, responsable des départements du Calvados et de L'Ille-et-Vilaine

CMSI France

- Loic Libot, président
- Stéphane Legrand, Anthares

CMSI Rilleux La pape

- Dr Jean-Damien Antoine, médecin coordinateur associé

Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers

- Francis Saint Hubert, président

Conférence nationale des URPS ML

- Eric Blondet, président
- Maxence Cormier, juriste

- Sylvie Filley-Bernard, URPS 69, présidente du SAS 69 et membre CDOM69

Conseil national de l'ordre des infirmiers - CNOI

- Mme Sylvaine Mazière Tauran, Présidente CNOI
- Mme Soumaya Majeri, responsable juridique
- Mme Lucie Sadoun, juriste

Conseil national de l'ordre des médecins – CNOM

- Dr Jean Canarelli, conseiller ordinal
- Dr Jean-François Fontenoy, conseiller ordinal
- Dr René-Pierre Labarrière, Président de la Section exercice professionnel
- Mme Alix Lefèvre, juriste

Direction générale de l'offre des soins

- Mickael Benzaqui, sous-directeur de l'accès aux soins et du premier recours
- Pauline Brenders, cheffe bureau médecine d'urgence et SNP
- Nathalie Duparc, chargée de mission PDSA et SNP, bureau AS3
- Laurent Gadot, économiste, bureau AS3
- Julie Pougheon, cheffe de service adjointe à la directrice générale

Direction de la sécurité sociale

- Annabel Archadias : cheffe du bureau Relations avec les professions de santé
- Celia Delpech : sous directrice du financement du système de soins

Doctolib

- Pierre Bernadaud-Altmayer, directeur des affaires publiques

FEDORU-Fédération des observatoires régionaux des urgences

- Dr Laurent Maillard, ORU Nouvelle-Aquitaine, président,
- Nicolas Bounaud, ORU Nouvelle-Aquitaine
- Dr Victoria Carre, ORU CVL



- Dr Marc Fournier, ORU PACA
- Dr Mohamed Hachelaf, ORU Bourgogne-Franche-Comté
- Dr Guilhem Noel, ORU PACA
- Elise Paquet, chargée de mission
- Dr Abdesslam Redjaline, ORU Auvergne-Rhône-Alpes

Fédération des Etablissements hospitaliers et d'Aide à la Personne -FEHAP

- Arnaud Joan-Grangé, directeur de l'offre de soins et des parcours de santé

Fédération Hospitalière de France - FHF

- Marc Bourquin, conseiller stratégique
- Cécile Chevance, responsable du département Offre de soins, Finances, FHF Data, Recherche, E-santé

Fédération de l'hospitalisation privée – FHP

- Thierry Bechu, délégué général FHP-MCO
- Frédérique Gama, présidente FHP-MCO
- Christine Schibler, déléguée générale FHP

Fédération française des soins non programmés :

- Dr Maeva Delaveau, présidente
- Dr Xavier Poble

France Assos Santé

- Gérard Allard, Vice-Président de France Assos Santé Pays de la Loire
- Anne Taquet, conseillère offre de soins

Maison médicale de garde de Lyon centre

- Dr Roche, trésorier

Medalliance :

- Marc Gasser, président
- Xavier Brunaud, directeur général

MG France

- Isabelle Domenech-Bonet, Trésorière de MG France, responsable SAS 03

MSP Martigues

- Dr Sasso, président de la MSP

Observatoire des soins non programmés d'Ile de France

- Dr Mathias Wargon, président

Polyclinique Saint Côme de Compiègne

- Vincent Vesselle, directeur
- Dr loïc Barbier, administrateur et médecin urgentiste

SAMU-Urgences de France

- Marc Noizet, président
- Charlie Trisse, déléguée générale

Société française de médecine d'urgence (SFMU)

- Sandrine Charpentier, présidente
- Dominique Savary, vice-président

SOS Médecins

- Dr Philippe Paranke : président

Urgence CARE, Bouc Bel Air

- Dr Maeva Delaveau

UrgenceMed Estaque

- Larbi Hamisi : président Sante et Cie
- Dr David Bounan, directeur médical
- Dr Jean-Pierre Giordanella, directeur de la stratégie médicale Santé et Cie

Urg +

- Philippe Proust, associé gérant

# SIGLES UTILISÉS

APHP	Assistance publique Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCMU	Classification clinique des malades aux urgences
CHE	Cabinet à horaire élargi
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPN	Commission paritaire nationale
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRRA-15	Centre de réception et de régulation des appels
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSNP	Centre de soins non programmés
CSOS	Commission spécialisée de l'organisation des soins
DCIR	Données de consommation inter-régimes
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DOS	Directeur de l'offre de soins ARS
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
FIR	Fond d'intervention régional
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
MMG	Maison médicale de garde
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
ORS	Observatoire régional de la santé

PDSA	Permanence des soins ambulatoires
QPV	Quartier prioritaire de la ville
SA	Société anonyme
SARL	Société à responsabilité limitée
SAS	Société par actions simplifiées
SAS	Service d'accès aux soins
SCA	Société en commandite par actions
SCM	Société civile de moyens
SEL	Société d'exercice libéral
SISA	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SNIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
SNP	Soins non programmés
ZAC	Zone d'action complémentaire
ZIP	Zone d'intervention prioritaire

# LETTRE DE MISSION



**MINISTÈRE  
CHARGÉ DE LA SANTÉ  
ET DE L'ACCÈS AUX SOINS**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Inspection générale des affaires sociales

22 AVR. 2025

Nos Réf : D 25 007226

Paris, le 07 avril 2025

Le Ministre chargé de la santé et de l'accès  
aux soins

à

Monsieur Thomas AUDIGÉ,

Chef de l'inspection générale des affaires  
sociales

Les soins non programmés sont des soins ne relevant pas de l'urgence vitale mais qui nécessitent de voir un médecin rapidement. S'ils sont aujourd'hui pris en charge principalement par le médecin traitant ou encore par les médecins et maisons médicales de garde (MMG) aux horaires de la permanence des soins ambulatoire (PDSA), des organisations dédiées aux soins non programmés se sont développées ces dernières années sur un modèle de cabinets médicaux accessibles sans rendez-vous (centre à horaire élargi, centre de soins non programmés, centre médical de soins immédiat, centre 717...), prenant en charge y compris en journée très majoritairement des patients qu'ils ne suivent pas régulièrement et dont ils ne sont pas médecins traitants.

Ces structures peuvent constituer sur certains territoires une offre utile permettant de décharger les services d'urgence des patients dont la prise en charge ne nécessite pas la mobilisation des moyens des services hospitaliers. Dans le même temps, ils contribuent à dissuader les médecins traitants de s'installer là où ils sont implantés voire à désorganiser l'offre de soins locale, en puisant dans les ressources des services d'urgences alors même que ces derniers peinent à recruter. Par ailleurs, les pratiques de facturation de certains de ces centres à l'assurance maladie peuvent relever de la fraude par l'application systématique de majorations ou de cotation d'actes en dehors du cadre prévu par les textes conventionnels.

Dans ce contexte, je souhaite que vous puissiez conduire une mission d'évaluation permettant :

- de répertorier les différentes catégories de centres de soins non programmés existant) et de préciser leur articulation avec les dispositifs déjà existants et avec les organisations de soins des territoires (services d'urgences, associations de permanence des soins, CPTS ou médecins libéraux, maisons de santé pluridisciplinaires...) ;
- de proposer des critères et indicateurs permettant d'analyser et définir le besoin de ce type de structures en journée et en PDSA ;

Tél : 01 40 56 60 00  
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Le traitement des données est nécessaire à la gestion de la demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.  
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), l'intévenant peut exercer ses droits à l'adresse [ddc-rgpd-cab@ddc.social.gouv.fr](mailto:ddc-rgpd-cab@ddc.social.gouv.fr) ou par voie postale.

Pour en savoir plus : <https://solidarites.gouv.fr/donnees-personnelles-et-cookies>

- de proposer les éléments qui pourraient être constitutifs d'un cahier des charges opposable à ces structures,
- de définir les modalités d'un encadrement préalable de leur installation ;
- d'étudier leurs modalités de financement et d'expertiser les besoins financiers spécifiques de ce type de structures.

Pour mener à bien ces travaux, vous pourrez assoir votre expertise sur l'offre de CSNP dans quelques régions en vous appuyant sur les services des ARS et des CPAM concernées et vous bénéficierez en particulier du concours de la direction générale de l'offre de soins, de la direction de la sécurité sociale et de la Cnam.

Compte tenu des nombreuses sollicitations sur ce sujet et de l'urgence à pouvoir d'une part objectiver la situation et d'autre part poser un cadre juridique à l'existence de ces structures afin d'éviter les dérives et effets contreproductifs potentiels sur l'offre de soins, sur le parcours du patient et sur les dépenses engendrées, vous remettrez votre rapport au plus tard dans 4 mois.

**Yannick NEUDER**

