



**Union nationale interfédérale  
des œuvres et organismes privées  
non-lucratifs sanitaires et sociaux**  
15 rue Albert, 75014, Paris

## **Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

*1ère lecture Assemblée Nationale*

**Avis et propositions d'amendements de l'Uniopss**

*Octobre 2024*

AVIS GENERAL

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour l'année 2025 intervient dans un contexte dégradé pour les établissements et services du médico-social et social, confrontés à la double problématique d'une situation financière préoccupante et de pénurie de professionnels (elles) en raison du manque d'attractivité des métiers. Alors que l'on ne compte plus le nombre de rapports, analyses invitant à investir fortement dans l'autonomie du fait du choc démographique et de la nécessaire transformation de l'Offre, il est peu dire que ce projet de loi de financement était fortement attendu par les professionnels.

En l'absence d'une loi Autonomie est toujours en attente, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale devait être le vecteur législatif permettant des réformes structurelles nécessaires et souhaitées par l'ensemble des acteurs.

Ce PLFSS devait permettre de poursuivre la construction de la 5<sup>ème</sup> branche, à tout le moins d'avancer sur le déploiement du Service public Départemental de l'Autonomie en prévoyant son financement. Il aurait également dû permettre un soutien des établissements à hauteur de leur besoins dans un contexte de déficit généralisé et de remise en cause de la pérennité de ces établissements par un plan d'urgence.

Il aurait dû contenir des solutions de soutien aux établissements et services confrontés à des difficultés de recrutement massives et persistantes. Elles concernent 64 % des établissements et services. Les principales causes identifiées pour expliquer les postes vacants sont la rémunération (quelles que soient la qualification et la catégorie socioprofessionnelle) et la pénurie de candidats diplômés.

En 2021, plus d'un départ sur deux était lié à une démission (54 %), loin devant la mise en retraite (14 %). La question du renouvellement des effectifs est d'ores et déjà une réalité alarmante : le secteur social et médico-social est plutôt vieillissant. Il compte 42 % de salariés de plus de 50 ans.

Et il y a les départs en retraite prévus à plus ou moins court terme, dans un secteur qui peine à attirer des jeunes : ces départs devraient concerner notamment « 20 % des assistants familiaux d'ici 2027-28, soit 7 000 personnes environ », auxquels s'ajouteraient « 8 000 professionnels de l'aide à domicile », selon les fédérations professionnelles. L'Opco Santé prévoit également le départ de 11 000 aides-soignants d'ici 2026 dans son périmètre. Car il faut aussi prendre en compte la réalité de ces métiers pour lesquels la pénibilité et l'usure psychologique et physique amènent à ce que les professionnels soient déclarés inaptes avant d'avoir atteint l'âge légal de départ en retraite.

Enfin, tenant compte des évolutions salariales, le projet de loi de financement aurait pu mettre fin au non-financement des revalorisations des salaires (en cours, exemple Ségur, et encore nécessaires pour rendre le secteur attractif) qui met en péril un grand nombre de structures associatives, en :

- Finançant les revalorisations Ségur pour toutes les associations qui doivent les appliquer, que ce soient les établissements et services, sous financement ARS, départements, CAF, ..., les associations sous CPOM, les sièges sociaux et têtes de réseaux
- En soutenant les actions devant permettre une meilleure attractivité des établissements de santé et médico-sociaux et à une fidélisation des salariés.

Dédier des budgets de partenariats entre les collectivités territoriales et les associations.

- En dégagant des financements pour des actions de prévention contre les Risques Psycho-sociaux, les accidents du travail et l'usure professionnelle.
- En prévoyant des campagnes de communication auprès des jeunes pour leur présenter les métiers du secteur.

Pour les personnes en perte d'autonomie, ce projet de loi aurait pu proposer la création d'une prestation universelle d'autonomie permettant à toutes les personnes ayant besoin d'une aide à l'autonomie, d'accéder à cette nouvelle prestation et de couvrir tous les besoins de compensation quels que soient l'âge, l'état de santé ou le handicap, permettant de garantir les moyens financiers d'une compensation intégrale, effective et personnalisée.

Ce projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025 ne répond donc pas aux enjeux du secteur de l'Autonomie, voire ne permet aucune avancée pour le secteur du domicile et du handicap, et ignore le secteur de la famille alors que le service public de la petite enfance se construit.

Dans ce PLFSS 2025, les mesures relatives à la politique de soutien à l'autonomie se font rares et ne laisse pas transparaître de mesures ambitieuses pour une véritable politique de l'autonomie. Une seule disposition est clairement identifiable, celle relative à l'expérimentation des sections soins et dépendance dans les Ehpad et USLD.

Le PLFSS prévoit une augmentation de 4,7 % de l'objectif global de dépenses pour les établissements et services pour personnes âgées et en situation de handicap (OGD) par rapport aux dépenses réalisées en 2024 qui sera dédiée en particulier :

- au déploiement des 50 000 solutions pour les personnes en situation de handicap,
- au renforcement de l'offre de répit en accord avec la stratégie nationale 2023-2027 « Agir pour les aidants »,
- A l'accroissement du recrutement de professionnels en EHPAD ainsi que la réforme du financement,
- et au déploiement d'une nouvelle aide financière de 100 M€ pour permettre aux départements de soutenir la mobilité et le travail partenarial des aides à domicile sur leurs territoires, comme le prévoit la loi Bien-Vieillir du 8 avril 2024 (le décret d'application est toujours en attente).

Sur le volet grand âge, le dossier de presse mentionne l'engagement du Gouvernement auprès des 7 500 EHPAD, de leurs 600 000 résidents et de leurs 390 000 professionnels à consolider leur situation financière, améliorer la qualité de l'offre et poursuivre les évolutions structurelles nécessaires.

L'augmentation des financements de la branche en 2025 vise au recrutement d'environ 6 500 professionnels supplémentaires en Ehpad pour atteindre le nombre de 50 000 ETP

supplémentaires à horizon 2030. Ce chiffre est bien en-deçà des espérances du secteur et ne répondra pas aux besoins exprimés depuis plusieurs années. Dans son rapport “Ehpad : un modèle à reconstruire” de septembre dernier, le Sénat préconise qu'une cible globale de ratio d'encadrement de 8 ETP pour 10 résidents soit fixée dans une loi de programmation. Il en va ainsi de l'amélioration et du renforcement à la fois de l'accompagnement des résidents mais aussi des conditions de travail des professionnels. D'autant plus que ces besoins ne cessent d'augmenter du fait de l'accroissement de la population et de la pénurie de professionnels. Les fédérations et organisations du grand âge, dont l'Uniopss, demandent la révision des dispositifs du PLFSS 2025 pour garantir trois impératifs<sup>1</sup> :

- l'amélioration des conditions de travail en garantissant un taux de 8 professionnels pour 10 résidents,
- le développement de dispositifs de formation,
- et les garanties financières des nécessaires revalorisations salariales.

L'article 21 PLFSS 2025 relatif à la réforme du modèle de financement des Ehpad prévoit l'augmentation du nombre de départements expérimentateurs passant de vingt-trois à vingt, pour répondre aux demandes des volontaires. Pour mémoire, cette réforme était déjà issue de la LFSS 2024.

Enfin, le dossier de presse spécifie que 140 M€ supplémentaires seront consacrés l'année prochaine au renforcement de quatre priorités, et ce, dans le prolongement du plan d'investissement du Ségur de 2,1 Md€ en cours de déploiement et prévoyant près de 9 000 places rénovées ou créées en Ehpad pour 2025. Ces quatre priorités annoncées sont :

- Le soutien à la transformation des Ehpad : répondre aux attentes des personnes âgées, ouvrir ces structures sur la cité et favoriser la qualité de travail des professionnels ;
- L'accélération du développement et la réhabilitation de l'habitat intermédiaire (résidences autonomie et habitats inclusifs) : renforcer des choix d'habitation variés et prévenir la perte d'autonomie ;
- L'amplification du soutien aux Ehpad ultramarins : assurer un niveau d'offre en phase avec la hausse particulièrement rapide des besoins ;
- L'appui des transitions écologiques des établissements.

Cependant, nous n'avons pas de visibilité sur les répartitions de financements alloués à ces quatre priorités. A titre d'illustration, l'enveloppe dédiée aux habitats inclusifs comprendra-t-elle le financement de certains frais tels que l'ingénierie ou les coûts liés aux ressources humaines, non pris en charge actuellement par l'aide à la vie partagée (AVP), et demandés par les organisations et porteurs de projets ?

Du point de vue financier, pourtant annoncée excédentaire en 2025 d'après la LFSS 2024, la branche autonomie est déficitaire de -0,4 milliard. Cette situation s'accroîtrait même jusqu'en 2028 telle que l'annexe au PLFSS l'indique. Malgré les justifications apportées, en l'occurrence la création postes en EHPAD à l'horizon 2030, la mise en place de 50 000 solutions nouvelles pour les personnes en situation de handicap et leurs proches, et le financement de temps dédiés au lien social auprès des personnes âgées bénéficiant d'un plan d'aide à

domicile, elles ne permettent tout de même pas de comprendre la dégradation du budget de la branche Autonomie.

Sur le volet handicap, l'engagement annoncé lors de la conférence nationale du handicap du 26 avril 2023 de la création de 50 000 solutions d'ici 2030 pour 1,5 Md€, programmé au niveau de chaque région en 2024, est confirmé. Ce déploiement reposait sur 200 M€ par an. Le PLFSS prévoit une enveloppe de 270 M€ supplémentaires en 2025. L'objectif affiché est le déploiement effectif de 15 000 solutions, dès 2025.

L'engagement du dernier Comité interministériel du handicap concernant le fonds de transformation de l'offre se concrétise par une enveloppe de 250 M€ d'ici 2027, dédiée au financement des besoins d'appui en ingénierie, d'investissements immobiliers, de transformation numérique ou d'évolutions techniques pour accompagner les professionnels et renforcer l'attractivité des métiers.

Nous proposons d'intégrer au PLFSS plusieurs mesures phares, dont l'abrogation de la barrière d'âge pour bénéficier de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de travailler aux contours d'une prestation universelle d'autonomie dans le sens d'une politique de soutien à l'autonomie sans frontière.

Enfin, le PLFSS 2025 ne porte aucune mesure nouvelle relative aux politiques familiales, alors qu'une réforme relative au congé de naissance était envisagée. Les dépenses prévisionnelles de la branche Famille sont en augmentation de 6,6% en 2025 et si la branche demeure excédentaire l'écart entre recettes et dépenses s'amointrit. Les prévisions de dépenses pour 2026 et 2027 sont toujours croissantes, mais légèrement en deçà des prévisions réalisées il y a un an dans le PLFSS 2024. Le maintien de ces prévisions de dépenses est essentiel pour assurer en particulier la mise en oeuvre des ambitions portées par la COG Etat-Cnaf 2023-2027, l'effectivité des réformes adoptées relatives au complément mode de garde et plus globalement le déploiement du service public de la petite enfance. Sur ce dernier point, le dossier de presse du PLFSS 2025 évoque une concrétisation de ce nouveau service public grâce à l'engagement des communes dans le cadre de leurs nouvelles compétences comme autorités organisatrices de l'accueil du jeune enfant. Pour soutenir la mise en oeuvre de ces compétences, le PLF 2025 prévoit une compensation financière pour les communes de 86 millions d'euros, soit 0,12% de l'ensemble des dépenses de fonctionnement des communes (exercice 2021, source DCGL « Les Finances des communes en 2021 »). Un montant largement insuffisant pour accompagner l'ensemble des familles concernées vers un mode d'accueil accessible, adapté et de qualité. Il apparaît d'autant plus important dans ce contexte de préserver les capacités d'accompagnement financier de la Branche Famille en direction de l'accueil du jeune enfant et du soutien à la parentalité.

En conclusion, ce PLFSS 2025, s'il n'est pas enrichi ne répond donc pas à l'ensemble des enjeux du contexte actuel qui est alarmant et inquiétant sur la capacité même de continuer à accompagner les personnes en situation de vulnérabilité.

## Proposition d'amendements

Amendement n°1

### **ASSEMBLÉE NATIONALE**

### **Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

### **Article 2**

#### **Prise en compte du réchauffement climatique dans les décisions**

« Il est ajouté, en-dessous du tableau du présent article, la mention suivante :

*« Une attention particulière sera portée à la prise en compte des recommandations en matière de lutte contre le réchauffement climatique dans l'ensemble des décisions » ».*

#### **Exposé des motifs**

Il nous semble surprenant, à l'heure où la crise écologique est si criante et impacte le quotidien de chacune et chacun, que le PLFSS ne propose pas de mesures d'investissement pour accompagner les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, dans une meilleure prise en compte des recommandations de lutte contre le réchauffement climatique. En effet, la question d'un véritable plan d'aide à la transition énergétique apparaît cruciale. Les axes vers lesquels cibler ces soutiens sont connus : l'alimentation en circuits courts et biologique, la rénovation énergétique des bâtiments, les mobilités douces, l'utilisation raisonnée des médicaments et dispositifs médicaux etc. L'ensemble des actions à entreprendre sont listées dans une feuille de route<sup>1</sup> du Gouvernement en date de mai 2023 et dont la traduction manque à l'appel dans la LFSS de 2024, ainsi que dans ce PLFSS pour l'année 2025.

---

<sup>1</sup> [planification-ecologique-du-systeme-de-sante-feuille-de-route-mai-2023.pdf](#)

Amendement n°2

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 7**

**Harmoniser et renforcer les prélèvements sociaux sur les jeux d'argent et de hasard**

**(Article retiré par le gouvernement et dont la réintroduction est soutenue par l'Uniopss)**

Après l'article 7, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au deuxième aliéna du III de l'article L. 136-7-1, les mots : « 11,2 % sur une fraction égale à 68 % » sont remplacés par le taux : « 9,2 % » ;

2° A l'article L. 136-8, au 3° du I, le taux : « 6,2 % » est remplacé par le taux : « 9,2 % » ;

3° Au deuxième alinéa de l'article L. 137-20, la première occurrence du taux : « 6,9% » est remplacé par le taux : « 10% » et la deuxième occurrence du taux : « 6,9% » est remplacé par le taux : « 15% » ;

4° Au dernier alinéa de l'article L. 137-21, le taux : « 6,6% » est remplacé par le taux : « 10% » et le taux : « 10,6% » est remplacé par le taux : « 15% » ;

5° A l'article L. 137-22, le taux : « 0,2 % » est remplacé par le taux : « 1% » ;

6° A l'article L. 137-23, au dernier alinéa, les mots : « plafonné à 0,1 € » sont remplacés par les mots : « plafonné à 0,9 € » ;

7° Après l'article L. 137-26, il est inséré un article L. 137-27 ainsi rédigé :

« Art. L. 137-27. – Il est institué au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie une contribution des opérateurs se livrant à l'exploitation des activités mentionnées aux articles L. 136-7-1 et L. 137-20 à L. 137-22 du présent code.

« La contribution est assise sur les charges comptabilisées au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance au titre :

« 1° Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires, quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle ainsi que des frais engagés auprès de sociétés assurant la promotion de l'opérateur ;

« 2° Des sommes engagées par l'opérateur au titre des gratifications financières accordées aux joueurs, habitués ou non, qui consistent à attribuer aux joueurs un avantage pécuniaire sous quelque forme que ce soit et quelle que soit la condition à respecter par le joueur pour bénéficier de cette gratification ;

« 3° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° et 2°, à hauteur du montant hors taxe facturé.

« Le taux de cette contribution est fixé à 10 %.

« Ces prélèvements sont recouverts et contrôlés selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties, sûretés et privilèges que les taxes sur le chiffre d'affaires. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à ces mêmes taxes. ».

II. – A. – Il est institué, pour les jeux organisés et exploités par les clubs de jeux prévus au V de l'article 34 de la loi n° 2017-257 du 28 février 2017 relative au statut de Paris et à l'aménagement métropolitain, un prélèvement assis sur le produit brut des jeux défini aux 1° et 3° de l'article L. 2333-55-1 du code général des collectivités territoriales diminué d'un abattement de 30%. Ce prélèvement est dû par les personnes bénéficiant de l'autorisation prévue au V de l'article 34 de la loi n° 2017-257 du 28 février 2017 relative au statut de Paris et à l'aménagement métropolitain.

Le taux de ce prélèvement est fixé à 10 % du produit brut des jeux.

Le produit des prélèvements est affecté à la Caisse nationale d'assurance maladie.

Ces prélèvements sont recouverts et contrôlés selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties, sûretés et privilèges que les taxes sur le chiffre d'affaires. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à ces mêmes taxes.

B. – La contribution prévue à l'article L. 137-27 du code de la sécurité sociale est également applicable aux clubs de jeux mentionnés au A.

III. – L'article L. 2333-57 du code général des collectivités territoriales est abrogé.

III. – Les dispositions du présent article rentrent en vigueur à compter de l'exercice 2025.

### ***Exposé des motifs***

L'Uniopss souhaite que le gouvernement réintègre cet amendement qui a été retiré du texte avant le Conseil des ministres du jeudi 10 octobre 2024.

Une forte croissance du secteur des jeux d'argent et de hasard est observée depuis plusieurs années. Cette tendance s'accroît et le marché français des jeux d'argent confirme son dynamisme en 2023, avec un niveau record d'activité et l'enregistrement d'un produit brut des jeux de 13,4 milliards d'euros, en augmentation de 3,5% par rapport à 2022.

Une réforme du niveau de la fiscalité sur ces activités en vue de garantir un niveau de prélèvement au moins égal à celui pesant sur les autres sources de revenus améliorerait l'équité du système de prélèvement et générerait un surcroît de recettes pour les organismes de sécurité sociale. Elle contribuerait également à réguler le secteur en limitant les conséquences, aux impacts marqués sur certaines populations, liées aux situations d'addiction et de surendettement.



Cette réforme s'inscrit dans la continuité de deux réformes du secteur en 2010 et 2019; synonymes d'ouverture à la concurrence et d'adaptation de la fiscalité ; elle participe également à la nécessaire harmonisation des assiettes et des taux de contributions.

Afin de renforcer la prévention du jeu excessif et pathologique, notamment auprès des jeunes, il est également proposé d'instaurer une contribution spécifique ciblée sur les investissements publicitaires des opérateurs dans ce domaine, dans la mesure où plusieurs études attestent une corrélation entre l'intensification des publicités (particulièrement digitales) et l'arrivée de nouveaux joueurs. Cette taxe serait également cohérente avec la politique d'encadrement de la consommation des jeux et renforcerait la protection des mineurs.

Amendement n°3

**ASSEMBLÉE NATIONALE**  
**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article N°9**

**Suppression de la clause de sauvegarde et production d'un rapport sur un seuil de profit des entreprises du médicament**

**(Amendement de Médecins du Monde et d'Action Santé Mondiale ; soutenu par l'Uniopss)**

L'article 9 est supprimé et remplacé par un nouvel article :

“Supprime et remplace l'article L.138-10 du code de la sécurité sociale :

“Le gouvernement publie un rapport indépendant sur la production d'un seuil de profit des entreprises du médicament en vue d'envisager la création d'un montant P fixant un seuil de profit”.

***Exposé des motifs***

La clause de sauvegarde a été conçue comme un mécanisme de régulation de prix des produits de santé en dehors du champ conventionnel, activée dès lors que la croissance de la dépense excède les prévisions faites dans le cadre de la maîtrise de l'Ondam, une fois appliquées l'ensemble des mesures dites conventionnelles (remises produit et baisses de prix). En pratique, tel que discuté dans le rapport de la mission Borne, ce dispositif est venu bénéficier les grands acteurs économiques et créer une pression disproportionnée sur les producteurs de médicaments peu onéreux. La Commission d'enquête du Sénat sur la pénurie de médicaments et les choix de l'industrie pharmaceutique français constate que l'imprévisibilité et la croissance soutenue de la clause de sauvegarde a fini par pénaliser les entreprises pharmaceutiques commercialisant des produits à faible taux de marge, notamment les fabricants de médicaments génériques et matures. Afin d'assurer l'approvisionnement de produits essentiels en France, cette commission sénatoriale transpartisane est venue ainsi proposer l'exclusion de l'application de la clause de sauvegarde pour les médicaments essentiels, ou ceux d'entre eux qui présentent les plus forts risques d'approvisionnement.

Dans son Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2016 2 (p. 101), la Cour des Comptes avait déjà soulevé des difficultés rencontrées pour contrôler les montants dus en raison du déclenchement de la clause de sauvegarde. A cette occasion, la Cour est venue souligner “la nécessité d'augmenter le nombre et de renforcer l'effectivité des contrôles réalisés par le CEPS sur les chiffres d'affaires déclarés par les laboratoires par l'intermédiaire d'un tiers de confiance, le GERS”<sup>3</sup> (p. 82). En effet, les données produites par ledit “tiers de confiance”, à savoir, les entreprises elles-mêmes, posent un problème majeur

---

<sup>2</sup> [Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2016](#)

<sup>3</sup> [GERS](#)

de fiabilité des données, d'autant plus que sont aujourd'hui connus et discutés les graves problèmes de capacité du CEPS pour réaliser un tel contrôle. Les manquements, constatés dans le dernier rapport du CEPS, des industriels à déclarer les investissements publics dans les coûts de R&D, conformément à L'article L162-17-4-3 du code de la sécurité sociale, ne font que confirmer cette crainte.

Pour les contribuables et usagè.re.s du système de santé, au-delà de l'impact négatif de la clause de sauvegarde sur la sécurisation de l'approvisionnement des produits matures, tel que précisé dans le rapport du Sénat, la complexité d'un tel dispositif éminemment comptable ne fait que contribuer à entretenir l'illisibilité et l'opacité du marché pharmaceutique. Or, dans un contexte de contrainte financière, d'augmentation continue et exponentielle des prix des innovations thérapeutiques et face au besoin urgent d'efficience de la dépense publique, la substitution de la clause de sauvegarde par des mécanismes plus transparents de régulation du marché pharmaceutique est pressante. La transparence des prix nets, outil majeur pour établir des prix de référence dans le marché international, ainsi que des investissements et aides publics dans le cycle de vie des médicaments nouveaux, combinés à une limite du seuil de profit établit par un montant P, tels que proposé dans cet amendement, contribueront non seulement à la bonne gestion des comptes publics, mais aussi à enrichir la base d'informations disponibles pour mieux éclairer les débats publics, respectant ainsi les attentes des contribuables et usagè.re.s du système de santé.

Cette proposition répond aux engagements de la France lors de l'Assemblée Mondiale de la Santé 72.8, par l'adoption de la Résolution sur l'amélioration de la transparence des marchés des médicaments, engagements hélas abandonnés par les gouvernements successifs depuis son adoption. Des recommandations pour plus de transparence, tels que proposées dans cet exposé des motifs, ont également été promues par l'OCDE, y compris dans son rapport *Pharmaceutical innovation and access to medicines*<sup>4</sup>.

De telles mesures visant la transparence du marché pharmaceutique sont en totale conformité avec la législation européen et nationale, en ce que les textes en vigueur encadrent explicitement les exceptions au secret des affaires pour protéger un intérêt légitime reconnu par le droit de l'Union européenne ou par le droit national, ce qui inclut les intérêts liés à la santé publique ou à d'autres considérations d'intérêt public (Article 5 de la Directive (UE) 2016/943 ; Article L151-8 du Code du commerce).

---

4 [Pharmaceutical innovation and access to medicines](#)

Amendement n°4

**ASSEMBLÉE NATIONALE**  
**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 9**

**Assurer la transparence des investissements publics de recherche et de développement et de l'état de la propriété intellectuelle**

**(Amendement de Médecins du Monde, Aides et d'Action Santé Mondiale ; soutenu par l'Uniopss)**

Après l'article 9, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« L'article L162-17-4-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après les mots « du comité économique des produits de santé » sont insérés les mots « l'état de la propriété intellectuelle, les éventuelles opérations de rachats ou fusions d'entreprises, la liste des structures de recherches publiques et privées impliquées dans la découverte du principe actif et l'origine de leur financement » ;

2° Après les mots « investissements publics » sont insérés les mots « directs et indirects » ;

3° Après les mots « pour le développement » sont insérés les mots « de chacun ».

***Exposé des motifs***

La principale justification des industriels à un prix élevé du médicament est le fort coût de recherche et développement (R&D) mis en œuvre pour pouvoir développer un nouveau médicament. Or, comme le rappelle l'Assurance maladie dans son rapport Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, une part non négligeable des dépenses de R&D provient de financements publics, et le manque de transparence rend difficilement distinguable la part des investissements publics et privés pour le développement d'une nouvelle molécule. Cela « rend plus difficile encore l'évaluation du fondement des demandes de prix avancées par les industriels ».

Cet amendement vise donc à assurer une réelle transparence des montants des investissements publics de recherche et de développement (R&D) bénéficiant aux entreprises pour de nouveaux médicaments. Il vient détailler les dispositions relatives à la transparence de ces investissements adoptées dans le cadre du PLFSS 2021 pour rendre le dispositif opérant.

La première modification permet d'accéder à l'information sur la généalogie des molécules à travers des déclarations des industriels des éventuels rachats de brevets ou d'entreprises qui leur ont permis d'obtenir leurs droits de commercialisation. Il permet donc d'inclure dans le dispositif les investissements publics qui ont bénéficié aux différents acteurs impliqués dans la R&D d'un produit de santé.

La seconde modification précise la nature de ces investissements publics, incluant les investissements indirects (exonérations d'impôts ou de cotisations). En effet, des aides telles que le Crédit d'impôt recherche, le crédit d'impôt innovation ou encore le statut Jeune entreprise innovante constituent la plus grande part de l'effort public de recherche et de développement.

La dernière modification permet d'obtenir ces données médicament par médicament, donc dans un format plus adapté à des négociations de prix menées pour chaque produit. Par ailleurs, cette modification permet d'accéder à l'information pour un produit sur le temps long de la R&D, contrairement à des données agrégées par entreprise au titre de l'année précédente. De fait, la lisibilité des données ne peut être dissociée de l'impératif de transparence qui motive cette mesure.

Cette proposition s'inscrit dans la continuité des engagements pris par la France à l'Assemblée mondiale de la santé dans le cadre de la résolution visant à assurer la transparence des marchés de médicaments.

Amendement n°5

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 9**

**Transparence sur le prix des médicaments**

**(Amendement de Médecins du Monde, Aides et d'Action Santé Mondiale ; soutenu par l'Uniopss)**

Après l'article 9, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa de l'article L. 162-17-4-3 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les entreprises mettent également à la disposition du comité économique des produits de santé le montant de leurs dépenses annuelles en recherche et développement, le montant de leurs dépenses annuelles liées à la promotion des médicaments qu'elles exploitent ainsi que les informations relatives aux prix pratiqués, aux conditions de remboursement et aux volumes de ventes constatés dans les autres pays européens. Ces données sont rendues publiques dans le rapport annuel du CEPS.»

***Exposé des motifs***

En cohérence avec la résolution sur la transparence du marché des médicaments, vaccins et produits de santé votée par la France à l'Assemblée Mondiale de la Santé en mai 2019, cet amendement propose de renforcer la transparence dans le domaine du médicament, le présent amendement, qui fait suite aux travaux de la mission d'information sur les médicaments, vise à obliger les laboratoires, au-delà d'un certain niveau de prix revendiqué pour le médicament, à transmettre au CEPS non pas seulement les subventions de recherche et développement publiques mais également les coûts de R&D, de marketing, les bénéfices et les prix pratiqués dans d'autres pays.

Aujourd'hui, dans le marché du médicament, l'opacité est une ressource : au nom du secret industriel, il est impossible de savoir quelles sommes ont été investies pour la recherche, les essais cliniques, la mise sur marché ou encore le marketing. Une aubaine pour les industriels puisqu'en résultent des prix très élevés, sans qu'il soit possible pour la représentation nationale et la société civile de déterminer ce sur quoi ils se fondent.

La transparence n'est pas uniquement une mesure de bonne gestion des fonds publics. Elle est aussi une mesure de santé publique. En contraignant les acteurs privés, largement dépendants des financements publics ou du moins socialisés, à apporter un certain nombre d'éléments sur les conditions financières, cliniques et relatifs à la propriété intellectuelle, la France et les acteurs de santé se donnent la possibilité de trancher en pleine connaissance sur leurs choix en matière de santé et à combler l'asymétrie informationnelle dans laquelle, parfois au nom de la défense d'intérêts industriels, ils se placent volontairement.

Amendement n°6

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 9**

**Déplafonner les taxes sur l'alcool pour financer la sécurité sociale**

**(Amendement proposé par Addictions France et soutenu par l'Uniopss)**

Après l'article 9, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I - L'article L 245-9 du Code de la Sécurité Sociale est ainsi modifié :

Au cinquième alinéa, la phrase :

« Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. » est supprimée.

II - L'article L313-19 du Code d'imposition des biens et des services est ainsi modifié :

La phrase :

« Toutefois, l'évolution annuelle ne peut ni être négative ni excéder 1,75 %. »

Est remplacée par la phrase :

« Toutefois, l'évolution annuelle ne peut être négative. ».

***Exposé des motifs***

Certains produits font l'objet de taxes spécifiques en raison de leur dangerosité pour la santé et des coûts évitables pour la société : les boissons sucrées (sodas...), le tabac et l'alcool. Les taxes sur les boissons sucrées et le tabac sont indexées sur l'inflation. Cependant, les taxes liées aux boissons alcooliques sont bloquées à un relèvement annuel de 1,75% maximum, même en période de forte inflation.

En France, en 2021, 22% de la population a une consommation excessive d'alcool (30% des hommes) selon une étude de Santé publique France. L'alcool est la deuxième cause de cancer évitable et les taxes ne couvrent pas la moitié des dépenses mobilisées par les finances publiques pour le soin des maladies liées selon l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives. Cette mesure permettra d'abonder le budget de la Sécurité sociale et, ainsi, de financer des programmes de prévention.

Amendement n°7

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 9**

**Harmoniser la fiscalité sur les alcools**

**(Amendement proposé par Addictions France et soutenu par l'Uniopss)**

Après l'article 9, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La section 3 du chapitre 5 du titre IV du livre II de la partie législative du Code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Au premier alinéa de l'article L 245-7, les mots : « d'une teneur en alcool supérieure à 18 % » sont supprimés.

2° Au deuxième alinéa de l'article L 245-9, les mots : « relevant de la catégorie fiscale des alcools » sont remplacés par le mot « alcooliques ».

3° A l'article L 245-9, le troisième alinéa est supprimé.

***Exposé des motifs***

Les recettes de taxation issues de l'alcool ne couvrent que 42% du coût des soins engendrés par la consommation d'alcool selon l'OFDT. Pourtant, l'alcool représente la deuxième cause de cancer évitable et la 1ère cause d'hospitalisation en France. La fiscalité française sur les boissons alcooliques se base sur le type d'alcool plutôt que sur le volume d'alcool, alors que l'OMS recommande d'agir sur le prix de tous les alcools.

Seuls les alcools titrant à plus de 18% d'alcool sont concernés par la « cotisation sécurité sociale », qui sert à alimenter la branche maladie de la sécurité sociale. Cet amendement vise à étendre la « cotisation sécurité sociale » à tous les alcools. Il aura une incidence sur le prix des alcools les moins chers, ceux-ci étant les plus consommés par les jeunes et les consommateurs excessifs. Cette nouvelle rédaction de la cotisation spécifique des boissons alcooliques est équitable et permettrait d'abonder la branche maladie de la Sécurité sociale tout en favorisant des comportements favorables à la santé, comme cela a été constaté dans d'autres pays ayant adopté des mesures liées au prix de l'alcool.



Amendement n°8

**ASSEMBLÉE NATIONALE**  
**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 9**

**Prévenir l'alcoolisation des jeunes en taxant les bières industrielles sucrées**

**(Amendement proposé par Addictions France et soutenu par l'Uniopss)**

Après l'article 9, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article 1613 bis, du Code général des impôts, il est inséré un article ainsi rédigé :

I.- Il est institué une contribution perçue par la Caisse nationale d'assurance maladie sur les boissons alcooliques :

1° Définies par la catégorie « Autres bières » à l'article L313-15 du Code d'imposition sur les biens et services

2° Conditionnées dans des récipients destinés à la vente au détail soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel ou préalablement assemblées et présentées dans des récipients non destinés à la vente au détail afin d'être consommables en l'état ;

et

3° Contenant un ou plusieurs arômes naturels ou artificiels et au moins 20 grammes de sucre ou une édulcoration équivalente par litre exprimée en sucre inverti.

II.- Le tarif de la contribution mentionnée au I est déterminé par décret au 1er janvier 2023. Il est relevé au 1er janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Le tarif est publié au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.

III. – 1. La taxe est due lors de la mise à la consommation en France des boissons mentionnées au I. Elle est acquittée, selon le cas, par les fabricants, les entrepositaires agréés, les importateurs, les personnes qui réalisent l'acquisition intracommunautaire de ces boissons, les représentants fiscaux des opérateurs établis dans un autre Etat membre de l'Union européenne mentionnés à l'article 302 V bis ou par les personnes mentionnées au 4° du 2 du I de l'article 302 D.

2. Il appartient au redevable de démontrer que les quantités de sucres comprises dans les produits taxés et non prises en compte dans le calcul de l'impôt ne sont pas des sucres ajoutés. A défaut, le redevable est tenu au paiement du complément d'impôt.

IV. – Cette taxe est recouvrée et contrôlée sous les mêmes règles, conditions, garanties et sanctions qu'en matière de contributions indirectes.

Par dérogation aux dispositions précédentes, les bières répondant aux critères du présent I. produites par les brasseries dont la production annuelle, tous produits confondus, est inférieure à 200 000 hectolitres ne sont pas redevables à cette contribution. »

### *Exposé des motifs*

Les bières aromatisées sucrées ou édulcorées produites par les industriels de la bière ont majoritairement pour cible les 18-25 ans et, de fait, peuvent également attirer les personnes mineures. Elles additionnent plusieurs caractéristiques :

- I. Un goût qui, comme les prémix (boissons alcooliques mélangées à des boissons sucrées), tendent à masquer le goût de l'alcool à l'aide d'arômes et de sucres ou d'édulcorants,
- II. Un packaging conçu pour attirer l'œil des jeunes consommateurs et promouvoir un produit « tendance ».

Plus la consommation d'alcool est précoce, plus il y a de risques de faire face à des conséquences socio-sanitaires par la suite. Cet amendement vise dès lors à prévenir les risques liés à la surconsommation d'alcool et de flécher cette contribution vers la CNAM.

Les bières produites par des brasseries artisanales, qui peuvent s'appuyer sur des arômes rappelant un produit local (châtaigne, fleur, génépi etc.), sont exemptées de cette taxe.

Amendement n°9

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 9**

**Prévenir l'alcoolisation des jeunes en taxant les bières titrant à plus de 8%  
(Amendement proposé par Addictions France et soutenu par l'Uniopss)**

Après l'article 9, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'article 520 A du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Les troisième et quatrième alinéas sont ainsi rédigés :

« 3,75 € par degré alcoométrique pour les bières dont le titre alcoométrique est compris entre 2,8 % vol et 8 % vol

« 14,98 euros par degré alcoométrique pour les autres bières »

2° Au sixième alinéa, les mots : « excède 2,8 % vol., » sont remplacés par les mots : « est compris entre 2,8 % vol et 8 % vol »

II. – Le I s'applique au 1er janvier 2022

***Exposé des motifs***

Le présent amendement vise à augmenter le droit spécifique perçu sur les bières dont le titre alcoométrique dépasse les 8 % vol. En effet, depuis quelques années, sont apparues sur le marché des bières à très haut degré d'alcool, dont la cible principale est la jeunesse. Ce phénomène est particulièrement préoccupant car ces produits, souvent bon marché et facilement accessibles, favorisent une consommation excessive d'alcool chez les jeunes.

Les données sont alarmantes, à 17 ans, 45,9 % des adolescents ont déjà expérimenté l'ivresse au cours de leur vie, et plus d'un tiers ont déjà participé à des alcoolisations ponctuelles importantes, communément appelées "binge drinking".

Amendement n°10

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 9**

**Proposer une fiscalité sur les publicités sur l'alcool**

**(Amendement proposé par Addictions France et soutenu par l'Uniopss)**

Après l'article 9, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - Après la section 3 du chapitre 5 du titre IV du Livre II de la partie législative du Code de la sécurité sociale, il est inséré une section 3-bis ainsi rédigée :

« Section 3-bis : Taxation des publicités en faveur de boissons alcooliques

« Article L246 :

I. - Il est institué une taxe perçue sur les dépenses de publicité portant sur la promotion d'une boisson alcoolique.

II. - Sont redevables de cette taxe les entreprises :

- Produisant, important ou distribuant en France des boissons alcooliques ou leurs représentants
- Et dont le chiffre d'affaires du dernier exercice est supérieur ou égal à 10 millions d'euros, hors taxe sur la valeur ajoutée.

III. - La taxe est assise sur les frais d'achats d'espaces publicitaires, quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais d'événements publics et de manifestations de même nature.

IV. - Le taux de la taxe est fixé à 3% du montant hors taxes sur la valeur ajoutée des dépenses mentionnées au I. du présent article.

V. – Les modalités du recouvrement sont instaurées par décret trois mois après la date d'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

VI. – Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2025.

***Exposé des motifs***

L'alcool est à l'origine de 41 000 morts par an en France<sup>5</sup>, sachant que la crise sanitaire a généré une augmentation de la consommation d'alcool chez les personnes vivant avec une addiction<sup>6</sup>, laissant présumer des dommages sur le long-terme<sup>7</sup>. Toute consommation

<sup>5</sup> Chiffres 2015 de Santé publique France

<sup>6</sup> Etude menée en 2021 par BVA pour Addictions France

<sup>7</sup> Angus C, Henney M, Pryce R (2022) 'Modelling the impact of changes in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic on future alcohol-related harm in England'

d'alcool comporte un risque<sup>8</sup>, c'est pourquoi les entreprises qui incitent à la consommation d'alcool doivent participer financièrement à la prévention des risques et des dommages liés à cette substance.

Le présent amendement vise à taxer la publicité pour les produits alcooliques afin de financer le Fonds de lutte contre les addictions. D'une part, en s'acquittant de cette taxe, les grands industriels de l'alcool contribuent financièrement à diminuer les risques inhérents à leur produit. D'autre part, cette contribution permettra de diversifier les ressources de ce fonds et de concrétiser l'engagement pris par le Gouvernement au travers du plan de lutte contre le cancer : faire de la prévention une priorité de la politique de santé publique.

---

<sup>8</sup> GBD Alcohol Collaborators, « Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study », The Lancet, 2016

Amendement n°11

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 9**

**Faire contribuer les industries aux coûts de santé générés par la consommation de leurs produits : jeux d'argent et de hasard**

**(Amendement proposé par Addictions France et soutenu par l'Uniopss)**

Après l'article 9, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - Après la section 3 du chapitre 5 du titre IV du Livre II de la partie législative du Code de la sécurité sociale, il est inséré une section 4 ainsi rédigée :

« Section 4 : Taxation des publicités relatives aux jeux d'argent et de hasard

« Article L247 :

I. - Il est institué une taxe perçue sur les dépenses de publicité portant sur les jeux d'argent et de hasard.

II. - Sont redevables de cette taxe :

1° Pour le pari mutuel, les sociétés de courses qui les organisent dans les conditions fixées par l'article 5 de la loi du 2 juin 1891 ayant pour objet de réglementer l'autorisation et le fonctionnement des courses de chevaux et pour les paris hippiques en ligne mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne

2° Pour les paris sportifs, les sociétés qui les organisent dans les conditions fixées par le I de l'article 137 de la loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises

3° Pour les paris sportifs en ligne, les sociétés qui les organisent dans les conditions fixées à l'article 12 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne

4° Pour les jeux de cercle en ligne, les sociétés qui les organisent dans les conditions fixées par l'article 14 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne

III. - La taxe est assise sur les frais d'achats d'espaces publicitaires, quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais d'événements publics et de manifestations de même nature.

IV. - Le taux de la taxe est fixé à 3% du montant hors taxes sur la valeur ajoutée des dépenses mentionnées au I. du présent article.

V. – Les modalités du recouvrement sont instaurées par décret trois mois après la date d'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

VI. – Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2025.

### *Exposé des motifs*

40% du chiffre d'affaires des opérateurs de jeux d'argent proviennent de personnes ayant une pratique excessive du jeu. Ce chiffre s'élève à 60% pour les paris sportifs<sup>9</sup>. En parallèle, entre 2019 et 2021, le budget publicitaire alloué par les plateformes de jeu d'argent et de hasard a augmenté de 26%.

Les publicités pour les paris sportifs, notamment, font l'objet de campagnes publicitaires intenses pendant les compétitions de football, comme cela a été constaté en 2021. Ces publicités ont été largement critiquées par les médias et l'opinion publique car elles incitent fortement à des pratiques de jeu excessives<sup>10</sup>.

En s'acquittant d'une taxe qui abondera les caisses de la Sécurité sociale, les opérateurs de jeu contribuent financièrement aux coûts liés aux dommages inhérents à leur secteur d'activité, tout en finançant la prévention.

---

<sup>9</sup> Selon l'Observatoire national des jeux

<sup>10</sup> Selon une enquête de Harris Interactive, 8 personnes sur 10 ayant vu les publicités pendant l'Euro 2020 ont eu une opinion défavorable des publicités

Amendement n°12

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 9**

**Financement des évaluations médico-sociales et du coût de la démarche qualité**

**(Amendement proposé par Addictions France et soutenu par l'Uniopss)**

Après l'article 9, insérer un article ainsi rédigé :

I.- Après l'alinéa 6 de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour les établissements cités à l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles relevant de son périmètre, et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, pour les établissements relevant du 9° du même article, contribuent à la compensation des surcoûts supportés par les établissements et services médico-sociaux, induits par l'obligation d'accréditation des organismes prévue au premier alinéa du présent article. »

II.- La perte de recettes pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les boissons alcooliques prévue au chapitre III du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services.

III.- La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les boissons alcooliques prévue au chapitre III du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services.

***Exposé des motifs***

Cet amendement vise à prendre en charge les coûts liés à la réforme de l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cette réforme a induit des évolutions que les établissements ne pourront supporter à moyens constants : des ressources supplémentaires doivent être affectées à l'évaluation de ces établissements et services, en prenant en compte tous les aspects nécessaires à la bonne conduite de ces évaluations. La disponibilité et la qualité de l'offre de soins et d'accompagnements sur les territoires sont en jeu.



Amendement n°13

**ASSEMBLEE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 17**

**Renforcer la prévention en santé mentale  
(Amendement Uniopss soutenu par la Fédération Addiction et l'UNICEF)**

Après l'article 17, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

“À l'article L. 1411-6-2 du Code de la Santé publique, après le dernier alinéa, ajouter :

“Une attention particulière sera portée à la prévention en santé mentale (troubles psychiatriques, addictions...), dans l'ensemble des consultations de prévention prévues et pour tous les âges””.

***Exposé des motifs***

Nous déplorons que la prévention en santé mentale ne soit pas présente dans ce PLFSS 2025, malgré qu'elle ait été érigé en grande cause nationale pour l'année 2025. En effet, il est urgent de trouver des solutions pour résorber la crise de l'accès à la santé mentale, notamment à la psychiatrie et à la pédopsychiatrie.

Les contenus des séances de prévention et les modalités de mise en œuvre sont précisés réglementairement, ce qui ne permet pas d'assurer à ce stade qu'une attention particulière sera portée à la santé mentale. Bien que l'Assurance maladie annonce<sup>11</sup> qu'une attention sera portée au “bien-être mental et social”, certains éléments peuvent faire douter de l'effectivité de la prévention en santé mentale. En effet, les catégories de professionnels pouvant réaliser le rendez-vous de préventions ne sont pas familiers, ni formés aux enjeux de santé mentale (il s'agit des médecins, infirmiers, pharmaciens et sages-femmes).

Pour rendre effectif cette prévention en santé mentale, il est nécessaire d'accompagner la formation et la sensibilisation de l'ensemble des professionnels, notamment ceux en lien avec les jeunes (population ayant un état de santé mentale fortement dégradé). Les démarches fondées sur la psychoéducation (développement des compétences psycho-sociales, approche par le rétablissement, pair-aidance etc.) et le développement des formations de Premiers Secours en Santé Mentale doivent être fortement promues, y compris à tous les niveaux de la société.

---

<sup>11</sup> [Mon bilan prévention, un temps d'échange dédié à la prévention | ameli.fr | Médecin](#)

Amendement n°14

**ASSEMBLEE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 17**

**Renforcer les moyens et le rôle des professionnels de santé en PMI, en milieu scolaire et en milieu professionnel pour les rendez-vous de prévention  
(Amendement Uniopss soutenu par la Fédération Addiction et l'UNICEF)**

Après l'article 17, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À l'article L. 1411-6-2 du Code de la Santé publique, après le dernier alinéa, ajouter :

“Les professionnels de santé intervenant en milieu scolaire, en milieu professionnel et en PMI auront un rôle majeur dans la mise en œuvre de ces rendez-vous de prévention, et disposeront des moyens financiers nécessaires pour cette mission”.

***Exposé des motifs***

La médecine scolaire, la PMI et la médecine du travail interviennent à des moments clés du parcours de vie, et ont un rôle d'envergure à jouer dans la prévention. Néanmoins, ces actrices se trouvent actuellement en grandes difficultés (effondrement de 20 % des effectifs de la médecine scolaire en 2018 selon le *Rapport d'information sur la prévention santé en faveur de la jeunesse* de l'Assemblée nationale ; réduction drastique des moyens financiers de la PMI et écarts importants entre les départements...), ce qui met à mal leur mission de prévention.

Amendement n°15

**ASSEMBLEE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 17**

**Renforcer la prévention auprès des femmes, des minorités sexuelles et de genre, des personnes en situation de précarité et des personnes en situation de handicap  
(Amendement Uniopss soutenu par la Fédération Addiction et l'UNICEF)**

Après l'article 17, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

“À l'article L. 1411-6-2 du Code de la Santé publique, au deuxième alinéa, les mots :

“les besoins de santé des femmes” sont remplacés par les mots “les besoins de santé des femmes, des minorités sexuelles et de genre, des personnes en situation de précarité et des personnes en situation de handicap, dans une logique d’aller vers””.

***Exposé des motifs***

Une attention particulière doit être portée aux besoins de santé des femmes, mais également d'autres populations qui peuvent être particulièrement éloignées des soins et qui peuvent nécessiter des accompagnements spécifiques en santé : les minorités sexuelles et de genre, ainsi que les personnes en situation de précarité et les personnes en situation de handicap.

À noter que chez les personnes en situation de précarité, des signes de vieillissement précoces peuvent apparaître : les besoins en matière de prévention peuvent donc intervenir de façon anticipée pour ces populations, par rapport aux tranches d'âges prévues dans l'article 20.

Il est également essentiel que ces rendez-vous de prévention fassent l'objet d'une démarche d’"aller vers", pour être réellement efficaces.

Amendement n°16

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 17**

**Pour une vraie politique de prévention : un financement pérenne pour les actions de prévention des addictions**

**(Amendement proposé par la Fédération Addiction, soutenu par l'Uniopss et Addictions France)**

Après l'article 17, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À l'article L3411-2 du code de la santé publique, il est inséré avant le premier alinéa, l'alinéa suivant :

« Les dépenses afférentes aux missions de prévention des addictions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie sont prises en charge par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. »

Au même article, les mots « Les dépenses de prévention résultant du présent livre, » sont remplacés par « Les autres dépenses de prévention résultant du présent livre, »

En conséquence, les pertes de recettes pour les organismes de sécurité sociale sont compensées, à due concurrence, par une augmentation des droits sur les tabacs prévus aux articles 575 et 575 A du Code général des impôts.

***Exposé des motifs***

La prévention fait partie des missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), rendue obligatoire en 2016. Malgré cette obligation légale, à ce jour, ces missions ne sont pas financées de manière pérenne et dépendent uniquement d'appels à projet dont la durée effective de mise en oeuvre ne dépasse pas trois ans. Ce système est hautement dommageable car :

Il ne permet pas une inscription dans la durée des mesures de prévention, durée pourtant essentielle à leur réussite.

Il empêche les structures d'addictologie de mettre en oeuvre de manière effective l'ensemble des actions de prévention souhaitables en matière de drogues et d'addictions, notamment les actions « d'aller-vers », destinées à agir auprès des publics les plus vulnérables.

Il prive les CSAPA de la possibilité de lancer des actions complémentaires à la prévention (réduction des risques, intervention précoce, renforcement des compétences psychosociales, approches expérientielles...). Les premiers publics touchés par ce déficit de moyens de pérennes sont les jeunes : actuellement, l'effectif moyen des consultations jeunes consommateurs (CJC) en CSAPA est inférieur à 1 équivalent temps plein, et leur budget annuel

de fonctionnement est inférieur à 50 000 €. De fait, la majorité des CJC sont aujourd'hui contraintes de limiter leurs activités à la partie consultation, au détriment des actions hors-les-murs visant à « aller vers » les publics jeunes dans leur contexte de vie – actions que l'on sait pourtant être les plus efficaces. Financer sur l'ONDAM les actions de prévention est ainsi la condition indispensable d'une prise en charge des addictions plus précoce (et donc bien moins coûteuse à long terme) d'un plus grand nombre de personnes et notamment de jeunes. Elle constitue une réponse efficace et pertinente aux enjeux de santé publique que représentent aujourd'hui les conduites addictives.

Amendement n°17

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 17**

**Intégrer les mineur·e·s aux politiques de prévention nationales, notamment en santé mentale**

**(Amendement proposé par la Fédération Addiction et l'Unicef ; soutenu par l'Uniopss et Addictions France)**

Après l'article 17, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique :

1° Au premier alinéa, entre « tous les adultes de dix-huit ans ou plus » et « bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale » est ajouté « ainsi que tous les mineurs âgés de douze à dix-sept ans ».

2° Au deuxième alinéa, à la première phrase, « ils » est remplacé par « les rendez-vous de prévention destinés aux adultes de dix-huit ans ou plus ».

3° À la suite du deuxième alinéa, l'alinéa suivant est ajouté :

« Les rendez-vous de prévention destinés aux mineurs âgés de douze à dix-sept ans ont notamment pour objectifs, en fonction des besoins, de promouvoir l'activité physique et sportive et une alimentation favorable à la santé, et de prévenir les troubles de santé mentale, y compris les conduites addictives. Ils sont adaptés aux besoins de chaque individu et prennent notamment en compte les besoins de santé des femmes, des minorités sexuelles et de genre, et des personnes en situation de handicap. Les conditions dans lesquelles, à titre exceptionnel et lorsque l'assuré mineur est dans l'impossibilité de se rendre à un rendez-vous physiquement, la télémedecine ou le télésoin peut être utilisé pour faciliter l'accès à ces rendez-vous de prévention, sont définies par voie réglementaire. »

***Exposé des motifs***

Les rendez-vous de prévention instaurés en 2023 avaient pour objectif de renforcer la politique nationale de santé, en complément des actions des agences régionales de santé (ARS). Toutefois, ce dispositif demeure incomplet, car il exclut les mineur·e·s. À ce jour, aucun mécanisme équivalent ne leur est dédié, ce qui contredit l'objectif de garantir une prévention de la santé « à tous les âges de la vie ». La période précédant la majorité est déterminante pour la construction des comportements de santé.

La création de rendez-vous spécifiquement destinés aux mineur·e·s viserait ainsi à encourager des comportements favorables à la santé à l'âge adulte (activité physique régulière, alimentation équilibrée...), tout en abordant de manière proactive les enjeux de santé mentale.

Ce dispositif apparaît crucial face aux indicateurs alarmants des troubles psychiques et des conduites addictives chez les jeunes. En 2021, près d'un·e jeune sur cinq a connu un épisode dépressif<sup>12</sup>, marquant une augmentation de 80 % par rapport à n2017. Le nombre d'appels à SOS Amitié émis par des jeunes de moins de 14 ans a également crû de 40 %<sup>13</sup>. Et malgré une tendance générale à la baisse de la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis, les inégalités sociales demeurent marquées ; par exemple, les jeunes sorti·e·s du système scolaire sont quatre fois plus nombreux·ses à fumer quotidiennement que les élèves des lycées généraux<sup>14</sup>.

Pourtant, seul·e·s 22 % des jeunes se jugent bien informé·e·s sur la santé mentale<sup>15</sup>. Il est impératif de promouvoir l'apprentissage précoce des compétences psychosociales (gestion des émotions, identification des comportements à risque...) pour prévenir les troubles futurs mais également de détecter les premiers signes d'alerte : près de la moitié des troubles mentaux émergent avant 14 ans et 16.

---

12 Santé Publique France, 2023

13 SOS Amitié, 2023

14 ESCAPAD, OFDT, 2023

15 Fondation de France, 2020

16 Aide-mémoire de l'OMS, 2010

Amendement n°18

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 17**

**Les haltes "soins addictions", un dispositif de santé publique qui fonctionne : pour la fin de l'expérimentation et son inscription dans le droit commun**

**(Amendement proposé par la Fédération Addiction, soutenu par l'Uniopss et Addictions France)**

Après l'article 17, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au I de l'article 43 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, les mots « A titre expérimental et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, » sont supprimés. Au deuxième alinéa, les mots « L'expérimentation porte sur » sont remplacés par « Les haltes "soins addictions" sont situés dans ».

**Exposé des motifs**

Il est proposé d'inscrire dans le droit commun le dispositif des haltes "soins addictions", anciennement dénommées « salles de consommation à moindre risque » : l'expérimentation de ces dispositifs de réduction des risques a été autorisée en France par la loi de modernisation du système de santé de 2016. Des consommateurs de drogues y sont accueillis pour consommer des produits dans des conditions d'hygiène qui réduisent les risques pour leur santé et ils peuvent y bénéficier d'un accompagnement sanitaire (consultations avec un médecin ou un infirmier, réorientation vers des services d'addictologie ou de psychiatrie...) et social (questions administratives, d'hébergement, de logement, de justice, etc.). Deux salles sont actuellement ouvertes, l'une à Paris et l'autre à Strasbourg, et ont fait l'objet d'une évaluation scientifique indépendante (*Cohorte pour l'évaluation des facteurs structurels et individuels de l'usage de drogues*, Inserm, mai 2021) démontrant que :

- III. Les usagers des haltes "soins addictions" sont moins susceptibles que les autres de déclarer des pratiques à risques d'infection par le VIH ou l'hépatite C, d'abcès, de faire une surdose, d'aller aux urgences, de consommer (par injection, notamment) dans l'espace public et de commettre des délits.
- IV. Les haltes "soins addictions" permettent d'économiser 11 millions d'euros sur 10 ans sur les coûts médicaux chez les usagers fréquentant ces dispositifs.
- V. le nombre de seringues abandonnées dans l'espace public aux alentours des haltes a été divisé par 3 depuis leur implantation de la salle de consommation parisienne.
- VI. La proportion de délits commis par des usagers d'une salle de consommation est « significativement moins importante » que celle des non-utilisateurs.

À la lumière de ces résultats scientifiques datant de 2021, le maintien du dispositif des haltes "soins addictions" en phase expérimentale n'a plus lieu d'être ; elles se doivent d'être inscrites dans le droit commun.



Amendement n°19

**ASSEMBLÉE NATIONALE**  
**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article N°20**

**Suppression de l'article 20**

“Le présent article est supprimé”.

Tel est l'objet du présent amendement.

***Exposé des motifs***

L'article 20 du présent PLFSS pour 2025 propose de créer un précédent majeur dans l'accompagnement des personnes. En effet, en introduisant un mécanisme de surveillance de la “bonne utilisation” des dispositifs médicaux numériques, l'Assurance maladie se permet, dans un premier temps, de remettre en cause la décision du corps soignants quant à la pertinence des soins ; et dans un second temps, elle marque un retour en arrière sur les 30 dernières années d'évolution de la politique de soins qui tendent à accompagner le patient – dans son libre arbitre –, plutôt que de le contraindre.

Également, le caractère “punitif” de l'article ouvre la voie à une système de santé à double vitesse, où les personnes ayant été négligentes avec leur santé, ou ne suivant pas un traitement à la lettre, seraient pénalisées dans l'accès aux soins. Ceci marque une rupture dans les principes de la sécurité sociale énoncées à l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale : “La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de la prise en charge des frais de santé assurée par la sécurité sociale”.

Amendement n°20

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 20**

**Une politique des drogues guidée par les impératifs de santé : protéger les personnes qui portent assistance aux victimes d'urgence médicale**

**(Amendement proposé par la Fédération Addiction, soutenu par l'Uniopss et Addictions France)**

Après l'article 20, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À l'article L. 3421-1 du Code de santé publique est inséré l'alinéa suivant :

« La personne qui demande l'intervention de services d'urgence parce qu'elle-même ou une autre personne est victime d'une urgence médicale ne peut être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants si la preuve à l'appui de cette infraction a été obtenue ou recueillie du fait de la demande de secours ou de sa présence sur les lieux. »

***Exposé des motifs***

En France, chaque année, plusieurs centaines de personnes meurent des suites d'une surdose : selon l'enquête « Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances » (CEIP-Addictovigilance), 638 personnes sont mortes à la suite d'un usage abusif de substances psychoactives – un chiffre probablement partiel et pourtant en hausse de 48 % en cinq ans.

La loi actuelle punit la consommation de stupéfiants de lourdes sanctions : un an de prison et 3750 € d'amende. Dans bien des cas d'urgence médicale, cet interdit pousse les personnes ou leurs proches à retarder l'appel des secours, voire à y renoncer. Le présent amendement, inspiré des lois dites du « bon Samaritain » en vigueur au Canada<sup>17</sup> et aux États-Unis, vise à protéger la personne qui appelle les secours de poursuites pour usage et détention de stupéfiants afin d'inciter à recourir dès que nécessaire aux services d'urgence et, ainsi, de sauver des vies.

---

<sup>17</sup> Notamment la Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose (L.C. 2017, ch. 4) adoptée par le Canada en 2017

Amendement n°21

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 20**

**Programmation quadriennale du financement et du déploiement en place des Appartements de Coordination Thérapeutique, des Lits Halte Soins Santé et des Lits d'Accueil Médicalisés**

**(Amendement de la Fédération Santé Habitat et soutenu par l'Uniopss)**

Après l'article 20, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Est inséré après l'alinéa 8 de l'article L314-8 du code de l'action sociale et des familles l'alinéa suivant :

« 3° une programmation quadriennale du financement et du déploiement en place des Appartements de Coordination Thérapeutique, des Lits Halte Soins Santé et des Lits d'Accueil Médicalisés). »

***Exposé des motifs***

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) et les Lits Halte Soins Santé (LHSS) sont des structures qui prennent en charge des personnes en grande précarité sanitaire, sociale et économique. Ces structures sont déployées aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural.

Elles permettent l'accès aux soins pour ces personnes et favorisent leur inscription dans un parcours de santé, en particulier pour les plus fragiles. Ces structures complètent les services des hôpitaux, car elles offrent des solutions en amont et en aval des hospitalisations (notamment pour réduire le problème des "bed blockers"), tout en étant beaucoup moins coûteuses qu'une hospitalisation, mais complémentaires, contribuant ainsi à la promotion de l'efficacité en santé.

Plus de 90 % des personnes accompagnées dans ces structures sont sans domicile fixe ou viennent de la rue, et ces dispositifs permettent à 60 % d'entre elles de trouver ou retrouver un logement. Les personnes accompagnées en ACT ont majoritairement en plus de leurs pathologies des comorbidités, souvent suite à une hospitalisation dans le secteur public (plus de 50 %).

Malgré leur utilité, en 2022, 2 850 personnes n'ont pas pu être prises en charge en ACT, faute de places disponibles, les laissant dans une situation particulièrement précaire. De plus, ces structures ont contribué à l'effort d'économies en 2024 avec une « année blanche », c'est-à-dire sans programmation de nouvelles places en ACT.

Pour permettre aux établissements médico-sociaux, à l'administration et aux collectivités d'anticiper au mieux les besoins, il est proposé de passer à une programmation quadriennale des places, afin de déployer de nouvelles capacités d'accueil et d'assurer une prise en charge plus efficace.

Ce projet d'amendement vous est proposé en ce sens.

Amendement n°22

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 20**

**Rapport visant à prévoir un plan de développement, de financement et de programmation triennal de l'offre concernant les appartements de Coordination Thérapeutique, des Lits Halte Soins Santé et des Lits d'Accueil Médicalisés**

**(Amendement de la Fédération Santé Habitat et soutenu par l'Uniopss)**

Après l'article 20, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« Le gouvernement remet un rapport au parlement, avant le 31 mars 2025, ayant pour but de prévoir un plan de développement, de financement et de programmation triennal de l'offre concernant les appartements de coordination thérapeutique, les lits halte soins santé et les lits d'accueils médicalisés »

« Ce rapport devra établir une feuille de route précise du développement et du financement de ces prises en charge sur les années à venir ».

***Exposé des motifs***

Le Ségur de la santé avait acté, dans sa mesure 27, une première avancée dans le développement des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), des lits Halte Soins Santé (LHSS) et des lits d'accueils médicalisés LAM. Toutefois, le secteur constate une absence de programmation et de planification de ces dispositifs sur les années à venir alors que nous sommes dans un contexte d'accroissement du nombre de personnes malades chroniques, et d'augmentation importante du nombre de personnes mal logées (4,1 millions de personnes mal logées dont 1 098 000 personnes privées de logement personnel et 330 000 personnes identifiées sans domicile fixe). De plus, la Fédération Santé Habitat constate qu'au niveau national, le nombre de personnes en attente d'admission en ACT concernées par le secteur de la santé et de la précarité est évalué à plus de 2850.

Pour répondre à l'ensemble des besoins de nos concitoyens les plus précaires, une poursuite de la stratégie de planification de création de places nouvelles santé-précarité en ACT, LAM et LHSS pour 2023-2027 est indispensable. Il ne peut plus être concevable de refuser de prendre en charge nos concitoyens par manque de place.

Amendement n°23

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 21**

**Renforcer la transparence et l'efficience du financement des revalorisations salariales des structures financées par les Départements, et garantir une couverture intégrale des besoins par l'État**

Après l'article 21, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport détaillé sur les modalités de financement des revalorisations salariales des structures sous financement départemental. Ce rapport devra évaluer les insuffisances actuelles dans les modalités de financement alloué aux Départements par la CNSA, en particulier les conséquences du décret n°2022-739 du 28 avril 2022, et proposer des ajustements permettant d'assurer un financement complet et équitable des revalorisations en fonction des besoins réels et des effectifs des établissements.

Ce rapport devra notamment :

Examiner les mécanismes de remontée des ETP dans les établissements et services sous gestion départementale et proposer des pistes pour améliorer la collecte et la transmission des données à la CNSA.

Évaluer l'efficacité des procédures de calcul des financements alloués par la CNSA aux Départements, en identifiant les points de blocage, notamment dans la répartition des fonds entre les différents établissements du secteur social et médico-social.

Proposer des réformes législatives et réglementaires pour garantir que les revalorisations salariales soient intégralement financées par les Départements, sans condition liée à des données incomplètes ou des procédures de remontée déficientes.

***Exposé des motifs***

Depuis la Conférence des métiers de 2022, la revalorisation salariale des professionnels de structures financées par les Départements est confrontée à de nombreux retards et insuffisances. Les Départements, en tant qu'autorités de tarification et de contrôle, sont directement responsables de la gestion des fonds alloués par la CNSA pour financer ces revalorisations. Cependant, dans la pratique, de nombreuses structures n'ont toujours pas reçu les financements nécessaires pour honorer ces revalorisations, mettant en péril leur fonctionnement.

Le décret n°2022-739 du 28 avril 2022 a établi un système de calcul basé sur les ETP, mais la remontée des informations par les établissements via la plateforme de la CNSA s'est avérée incomplète et inefficace. Cette défaillance a entraîné des estimations erronées des montants à verser aux Départements pour couvrir ces revalorisations salariales. De plus, l'application de ce décret aux données incomplètes de l'année 2022, utilisées comme référence pour les années suivantes, a figé des financements insuffisants qui ne reflètent pas les besoins réels des établissements.

Cet amendement vise à renforcer la transparence et l'efficacité du financement des revalorisations salariales des ESSMS du périmètre des Départements. Il propose une évaluation approfondie des mécanismes de financement, spécifiquement entre la CNSA et les Départements, pour garantir une répartition des fonds adaptée aux réalités du terrain. Cette mesure permettra de corriger les dysfonctionnements actuels, tout en assurant un financement juste et intégral des revalorisations, afin que les professionnels concernés puissent être rémunérés de manière équitable.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement n°24

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 21**

**Rendre opposables les conventions ou accords agréés aux autorités compétentes, y compris pour les établissements et services ayant conclu un CPOM**

Après l'article 21 insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L314-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles est ainsi modifié :

I. - Au premier alinéa de l'article L314-6 du Code de l'action sociale et des familles, Les mots « Les conventions ou accords agréés s'imposent aux autorités compétentes en matière de tarification, à l'exception des conventions collectives de travail et conventions d'entreprise ou d'établissement applicables au personnel des établissements et services ayant conclu un contrat mentionné au IV ter de l'article L. 313-12 ou à l'article L. 313-12-2 »

Sont remplacés par les mots :

« Les conventions ou accords agréés s'imposent aux autorités compétentes en matière de tarification. »

**Exposé des motifs :**

L'article L314-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles prévoit que les conventions et accords collectifs de travail agréés par l'autorité compétente s'imposent aux gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux, mais laisse une zone d'incertitude pour les établissements ayant signé un CPOM. Ces contrats, bien qu'importants pour la planification et la gestion budgétaire des établissements, ne doivent pas remettre en question les acquis sociaux négociés dans les conventions collectives et accords de branche.

Actuellement, certains établissements ou services sous CPOM se retrouvent dans une situation où les autorités compétentes peuvent opposer des refus de financement des revalorisations salariales prévues par les accords collectifs agréés, sous prétexte que le CPOM ne les intègre pas ou qu'il ne prend pas en compte les normes sociales applicables. Cela fragilise les gestionnaires qui sont pris entre l'obligation légale d'appliquer les conventions et accords collectifs et l'absence de financement adapté pour les honorer.

Cet amendement vise à garantir que les conventions et accords collectifs agréés s'imposent aux autorités de tarification et de contrôle, même dans le cadre d'un CPOM. Cela permet de sécuriser les droits des salariés en matière de revalorisations salariales ou d'autres avantages



prévus par ces accords, tout en clarifiant que les CPOM ne peuvent contenir de dispositions contraires à ces acquis sociaux.

Il est essentiel de réaffirmer que les CPOM, ne peuvent en aucun cas limiter les droits sociaux négociés au niveau des branches professionnelles et garantis par les accords collectifs agréés. Cet amendement rétablit l'équité entre les établissements et services soumis ou non à un CPOM, et garantit le respect des obligations sociales vis-à-vis des salariés du secteur.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement n°25

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 21**

**Annulation de la mesure prise par l'article 62 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 et de son décret d'application n° 2023-1428 du 29 décembre 2023. (Amendement Uniopss soutenu par APF France Handicap)**

Après l'article 21 insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article 62 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la Sécurité sociale pour 2023 est abrogé. En conséquence, le décret n° 2023-1428 du 29 décembre 2023 pris pour son application est sans objet.

***Exposé des motifs :***

L'article 62 de la loi du 23 décembre 2022 de financement de la Sécurité sociale pour 2023 prévoit que lors du renouvellement du CPOM, il pourrait être pris en compte les reports à nouveau ou les réserves figurant dans le budget des établissements, à condition qu'ils ne soient pas justifiés par leurs conditions d'exploitation. Cette mesure, initiée à la suite du scandale Orpea et visant à renforcer la transparence financière, a conduit à l'élaboration d'un projet décret rejeté par l'ensemble des fédérations consultées, et finalement publié le 31 décembre 2023.

Cette disposition présente plusieurs problèmes majeurs qui fragilisent le fonctionnement des ESSMS non lucratifs :

Cette disposition modifie fondamentalement le principe de la tarification à la ressource selon lequel les gestionnaires sont responsables de la gestion de leurs excédents et déficits. En autorisant la récupération des excédents, sans prise en charge équivalente des déficits, ce décret introduit une asymétrie qui affaiblit la stabilité financière des associations.

Le décret ne fixe ni seuil clair au-delà duquel les excédents peuvent être repris, ni sur quelles bases les conditions d'exploitation sont jugées "inadéquates" pour justifier la conservation des réserves. Cette absence de clarté crée une insécurité financière pour les associations, dont le sort sera totalement assujéti aux interprétations des autorités de tarification.

La fixation à 50 % de la limite des reprises est perçue comme une mesure arbitraire, sans fondement sur une analyse concrète des besoins et des réalités financières des structures. Cette limitation est d'autant plus problématique qu'elle ne prend pas en compte les spécificités de chaque structure et les raisons de l'accumulation des excédents.

Le décret ne fait aucune distinction entre les différents types de réserves, alors que celles-ci ont des finalités très variées, comme le financement d'investissements futurs ou la couverture de besoins imprévus. En traitant toutes les réserves sans aucune distinction, cette mesure pénalise les associations qui ont fait preuve d'une gestion rigoureuse et prévisionnelle.

Les gestionnaires d'établissements et d'associations n'ont aucune voie de recours pour contester une décision de reprise des excédents, ce qui renforce encore davantage leur vulnérabilité financière. Le seul moment où ils peuvent négocier est lors du renouvellement du CPOM, un processus qui dans son état actuel, laisse peu de marge de manœuvre aux gestionnaires.

Face à ces risques, cet amendement propose l'abrogation de l'article 62 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 ainsi que de son décret d'application. Il est indispensable de protéger les réserves des structures, qui constituent un élément fondamental de leur autonomie financière, et de leur permettre de poursuivre leurs missions dans des conditions économiques viables, au service des personnes accompagnées.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement n°26

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 21**

**Réduire les dommages liés à l'alcool sur la santé : instaurer un prix minimum par unité d'alcool**

**(Amendement proposé par la Fédération Addiction, soutenu par l'Uniopss et Addictions France)**

Après l'article 21, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 3322-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L.

3322-2-1 ainsi rédigé :

« Le prix minimum de vente des boissons mentionnées au 3°, 4° et 5° de l'article L. 3321-1 du code de la santé publique ne peut être inférieur à 0,60 euros par décilitre d'alcool pur.

« Le surplus de recettes est affecté à la branche Maladie de la Sécurité sociale.

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions de mise en oeuvre du présent article. »

***Exposé des motifs***

Cette proposition reprend un amendement déjà adopté en commission à l'Assemblée nationale pour le PLFSS 2024.

L'alcool est une cause majeure de mort prématurée et de maladie : il est à l'origine de 49 000 morts prématurées par an et constitue la deuxième cause de cancer évitable en France. Depuis 2018, l'Écosse a instauré un prix minimum pour la vente d'alcool fixé à 0,50 livres sterling par unité d'alcool (ce montant pouvant évoluer par décret). Le calcul est simple : par exemple, une bouteille de vin de 75 cl à 13° ne peut être vendue moins chère que  $75 \times 13 \% \times 0,50 = 4,88$  £.

L'organisme écossais de santé publique Public Health Scotland a mené une évaluation de cette politique : elle montre que les ventes d'alcool ont reculé de 3 % sous l'effet du prix minimum et que ce sont les foyers qui achetaient le plus d'alcool qui ont le plus réduit. Mais, surtout, l'analyse démontre que le prix minimum à lui seul est responsable d'une baisse de 13,4 % des décès et de 4,1 % des hospitalisations directement attribuables à l'alcool. Et alors que lobbies alcooliers français pèsent de tout leur poids pour freiner toute politique qui viserait à réduire la consommation d'alcool dans notre pays, l'analyse de Public Health Scotland montre que, si les ventes d'alcool ont reculé, le prix minimum n'a pas eu d'impact sur la santé de l'industrie de l'alcool en Écosse.

Amendement n°27

**ASSEMBLÉE NATIONALE**  
**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 21**

**Inclure les bénéficiaires de l'AME dans le régime général de l'Assurance Maladie**  
**(Amendement de Médecins du Monde soutenu par l'Uniopss)**

Après l'article 21, insérer l'article suivant :

« I. Le Code de la Sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 160-1 du Code de la Sécurité sociale est ainsi modifié :

a. Au premier alinéa, les mots « et régulière » sont supprimés

b. Le troisième alinéa est supprimé

2° À la fin du premier alinéa d l'article L. 160-5 du même Code, les mots « et régulière » sont supprimés

3° À la fin du 5° de l'article L.160-6 du même Code, les mots « et régulière » sont supprimés

II. Le Code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Les articles L. 251-1 à L.253-4 sont supprimés

2° L'article L. 254-1 du Code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

a. Le mot « régularité » est remplacé par « stabilité de la résidence »

b. La phrase « et qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 ainsi qu'aux demandeurs d'asile majeurs qui ne relèvent pas du régime général d'assurance maladie sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L. 251-2. » est supprimée

c. Avant « Une dotation financière » est insérée la phrase « Cette prise en charge couvre les frais définis aux article L.160-8 et L.160-9 CSS ainsi que le forfait journalier institué par l'article L. 174-4 du même Code. »

**Exposé des motifs**

L'accès effectif aux soins des personnes en situation de précarité est entravé par un phénomène persistant de non-recours et de ruptures de droit à la couverture maladie.

La complexité des démarches administratives et la coexistence de plusieurs dispositifs : Aide Médicale d'État (AME), Régime général de la Sécurité sociale, Couverture complémentaire santé (C2S), ont des conséquences négatives sur la santé des personnes, mais aussi des effets sur les plans administratifs et budgétaires.

Les personnes en situation de précarité qui ont des droits potentiels à l'AME sont confrontées à de multiples obstacles pour l'ouverture et le maintien de leur droit. Le taux de non-recours à l'AME est très important, de 49 %<sup>18</sup>.

Les barrières administratives et financières à l'accès aux soins sont reconnues depuis longtemps comme des déterminants de santé à part entière<sup>19</sup>. Il convient donc rendre plus simple le dispositif d'accès à la couverture maladie et à la part complémentaire pour garantir son effectivité et son efficacité.

De nombreuses institutions recommandent depuis plusieurs années d'inclure les bénéficiaires de l'AME dans le régime général de l'Assurance maladie. C'est le cas de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale de finances (IGF) en 2010<sup>20</sup>. Depuis 2014, le Défenseur des droits renouvelle cette recommandation<sup>21</sup>. Enfin l'Académie nationale de médecine a pris cette position dès 2017<sup>22</sup>.

Cette réforme ne serait pas fondamentalement nouvelle : jusqu'en 1993, l'accès à l'assurance maladie n'était en effet subordonné à aucune condition de régularité du séjour<sup>23</sup>. Ce n'est qu'à cette date qu'a été instaurée une condition de régularité de séjour pour être affilié à la Sécurité sociale.

Cette réforme permettrait une grande simplification administrative. Elle mettrait fin aux ruptures de protection maladie lors du passage d'un dispositif à un autre (C2S/AME) et permettrait aux Caisses d'assurance maladie de renouer avec leurs missions d'information et de prévention, éloignés de l'analyse chronophage et complexe des situations administratives au regard du droit au séjour. Ce serait une mesure de santé publique majeure améliorant l'accès aux soins des étrangers en situation administrative précaire, avec un bénéfice pour la santé de l'ensemble de la population.

Elle constituerait également un avantage pour les finances publiques en favorisant une prise en charge des personnes de manière plus précoce, en évitant une convergence vers les services d'Urgence des hôpitaux, enfin en supprimant le coût de gestion du dispositif adhoc

---

18 <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/245-le-recours-a-l-aide-medicale-de-l-etat-des-personnes-en-situation-irreguliere-en-france-enquete-premiers-pas.pdf>

19 Haut Conseil de la santé publique : « Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité », La Documentation française, 2010.

20 Inspection générale des Affaires Sociales / Inspection Générale des finances – Rapport de décembre 2010, Alain Cordier et Frédéric Salas : Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'Aide Médicale de l'État.

21 Défenseur des droits : Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME, Rapport remis au Premier ministre, 2014, 45p.

22 Académie nationale de médecine : rapoort-Précarité-pauvreté-et-santé-version-21-juin-2017).pdf

23 Loi du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration. Voir Défenseur des droits : « Les droits fondamentaux des étrangers en France », mai 2016, p.190.

de l'AME. Il est donc attendu du présent amendement des coûts évités et des économies d'échelle.

Le présent amendement propose en conséquence de supprimer la condition de régularité du séjour pour être au régime général de la sécurité sociale.

Amendement n°28

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article N°23**

**Suppression de l'article 23**

“Le présent article est supprimé”.

Tel est l'objet du présent amendement.

***Exposé des motifs***

Le présent article propose de décaler la revalorisation des prestations vieillesse au 1er juillet, prévue initialement au 1er janvier de chaque année. L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), ni aux allocations du minimum vieillesse (ASV) ne sont pas concernées.

L'article 23 est problématique dans un contexte notamment marqué par l'inflation, avec le risque d'une perte du pouvoir d'achat des retraités dans le cas où le taux d'inflation baisserait. Elle conduit également à une baisse relative du niveau de vie des bénéficiaires de prestations comme l'illustre l'Annexe 9 au PLFSS 2025. Rappelons qu'au 31 décembre 2023, il y avait 15,3 millions de retraités selon l'Assurance retraite. Le rapport des Petits Frères des Pauvres d'octobre 2024 intitulé « La pauvreté des personnes âgées : vivre sous le seuil de pauvreté quand on a 60 ans et plus » indique que deux millions des neuf millions de Français vivant sous le seuil de pauvreté ont plus de 60 ans. 70% de ces retraités pauvres indiquent subir des privations quotidiennes.



Amendement n°29

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article 23**

**Etendue des cas d'exonération du décalage de la revalorisation des prestations d'assurance  
vieillesse**

**(Amendement de l'Uniopss soutenu par les Petits Frères des Pauvres)**

A l'article L. 653-7-1 du code de la sécurité sociale, il est ajouté la mention suivante :

« à l'exclusion des pensions de vieillesse dont le montant est inférieur ou égal au montant minimum défini à l'article L. 351-10 du code de la sécurité sociale ».

Tel est l'objet du présent amendement.

**Exposé des motifs**

Amendement de repli.

Le présent article propose de décaler la revalorisation des prestations vieillesse au 1er juillet, prévue initialement au 1er janvier de chaque année. L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), ni aux allocations du minimum vieillesse (ASV) ne sont pas concernées.

L'article 23 est problématique à plusieurs égards :

Dans un contexte notamment marqué par l'inflation, le risque d'une perte du pouvoir d'achat pèse sur les retraités dans le cas où le taux d'inflation baisserait. Elle conduit également à une baisse relative du niveau de vie des bénéficiaires de prestations comme l'illustre l'Annexe 9 au PLFSS 2025. Rappelons qu'au 31 décembre 2023, il y avait 15,3 millions de retraités selon l'Assurance retraite. Le rapport des Petits Frères des Pauvres d'octobre 2024 intitulé « La pauvreté des personnes âgées : vivre sous le seuil de pauvreté quand on a 60 ans et plus » indique que deux millions des neuf millions de Français vivant sous le seuil de pauvreté ont plus de 60 ans. 70% de ces retraités pauvres indiquent subir des privations quotidiennes.

De plus, l'exclusion de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et des allocations du minimum vieillesse (ASV) prévue par le présent article n'est pas suffisante, omettant ainsi les personnes âgées touchant de petites pensions, ne bénéficiant pas du minimum vieillesse parce qu'elles ont moins de 65 ans ou parce qu'elles ne le demandent pas malgré leur éligibilité. En effet, le taux de non-recours au minimum vieillesse est de l'ordre de 50% (cf Rapport susmentionné des Petits Frères des Pauvres). Il nous paraît urgent et juste d'exclure les retraités touchant des pensions inférieures à 1 200 euros de ce dispositif.

Amendement n°30

**ASSEMBLEE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 24**

**Faciliter l'accès à la C2S pour tous les bénéficiaires  
des minima sociaux**

Après l'article 24, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le Code de la Sécurité sociale est ainsi modifié :

Après le dernier alinéa de l'article L. 861-2 sont insérés 3 alinéas ainsi rédigés :

« 6° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 356-1 du Code de la Sécurité sociale ;

« 7° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article D. 553-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

« 8° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 522-14 du Code de l'action sociale et des familles » ;

II. – Le présent article entre en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1er juillet 2026 pour l'ensemble des bénéficiaires mentionnés au I.

***Exposé des motifs***

L'article 45 de la LFSS 2024 a cherché à faciliter l'accès à la complémentaire santé solidaire pour différents bénéficiaires de minima sociaux, à l'instar de ce qui avait été mis en œuvre pour le RSA et l'Aspa, dans une logique d'harmonisation et pour lutter contre le non-recours aux droits sociaux. Néanmoins, certains bénéficiaires de minima sociaux en ont été exclus : les bénéficiaires de l'Assurance Veuvage, de l'Allocation aux Demandeurs d'Asile et du Revenu de Solidarité Outre-Mer. Nous proposons qu'ils bénéficient également de cette mesure pour faciliter l'accès à la C2S.

Le présent amendement s'inscrit dans le projet d'harmonisation entre les différents minima sociaux.

Amendement n°31

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 24**

**Rapport sur l'état de la prévention en santé**

Après l'article 24, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le gouvernement remet au parlement et Conseil économique social et environnemental, avant le 1er juillet 2025, un rapport évaluant le niveau de la prévention en santé en France.

Ce rapport devra notamment :

- Consulter les acteurs gouvernementaux et associatifs de la prévention en santé ;
- Analyser les crédits alloués à la prévention en santé dans les budgets de l'Etat, des collectivités territoriales et de la Sécurité sociale ;
- Analyser les programmes de prévention en santé déployés actuellement ;
- Inclure une analyse populationnelle, et notamment selon l'âge, le sexe, le genre, le fait de vivre avec un handicap, la précarité et le milieu de vie ;
- Avoir une attention particulière à la prévention en santé mentale, santé environnementale, santé alimentaire et santé sexuelle ;
- Proposer une méthodologie afin de mesurer l'efficacité de la prévention en santé ;
- Proposer une feuille de route concernant le financement et l'efficacité de la prévention en santé.

**Exposé des motifs**

La mesure des dépenses de prévention en santé reste très difficile à mener en France. Aujourd'hui, les deux principaux instruments de mesure qui existent sont le rapport annuel de la DREES relatif aux dépenses de santé<sup>24</sup> et l'annexe au projet de loi de finance relatif à la prévention en santé<sup>25</sup>.

En 2021, la Cour des Comptes<sup>26</sup> vient complexifier la chose en rajoutant les dépenses de remboursement de consommation de soins ou de biens médicaux (CSBM) à visés préventives par l'Assurance maladie. Alors que la DREES et le jaune budgétaire font état de 6 milliards (Sécurité sociale et Etat) de dépenses pour la prévention, la Cour des Comptes obtient un montant de 15 milliards en rajoutant la CSBM).

La DREES et le jaune budgétaire mesure ce qu'on appelle la « prévention institutionnelle ». Celle-ci fait référence au financement des programmes de surveillance, de recherche, de veille, de sensibilisation ou de promotion de santé. Ainsi, elle relève du

<sup>24</sup> DREES, [les dépenses de santé en 2022](#), édition 2023, 2023

<sup>25</sup> Gouvernement, [Annexe au projet de loi de finances pour 2024 : Prévention en santé](#), 2023

<sup>26</sup> Cour des Comptes, [La politique de prévention en santé](#), novembre 2021

déploiement d'une politique publique de prévention à l'échelle d'un territoire. La Cour des Comptes fait le choix de rajouter les dépenses de la CSBM, qui renvoie au comportement des individus, que ce soit de leur propre chef, ou soit l'impulsion d'un programme de prévention (à la suite d'une campagne de sensibilisation ou sur recommandation d'un autre professionnel, par exemple) vont consommer un soin ou un bien médical.

Ainsi, additionner ces deux catégories permet d'avoir une idée des dépenses liées à la prévention. Cependant, la volonté politique d'encourager la prévention ne se mesure uniquement via l'évolution de la prévention institutionnelle. Ces deux chiffres ne seraient donc pas à additionner, il faudrait mesurer leurs évolutions respectives et de dresser les phénomènes de corrélation. Mesurer la CSBM à visée préventive n'a de sens que si elle est mise en lien avec des actions visant à développer l'aller-vers, réduire l'ineffectivité des droits, augmenter l'offre de soins et sensibiliser la population. Enfin, une mesure de la CSBM à visée préventive en fonction de données socio-économiques et géographiques serait un véritable plus, afin d'assurer une prévention pour toutes et tous.

En raison de la dissémination des budgets de prévention et d'absence de mesure globale de la prévention, il est très difficile d'en tirer des conclusions. Le présent amendement vise à la rédaction d'un rapport dressant un état des lieux de la prévention en France et proposer des améliorations pour qu'elle devienne la colonne vertébrale de notre système de santé. Cela permettra à terme de diminuer les dépenses de santé par une meilleure anticipation de problème de santé 27.

---

27 [Une approche économique de la prévention. En quoi la performance économique peut-elle devenir un argument pour la prévention ? - OSHwiki | European Agency for Safety and Health at Work](#)

Amendement n°32

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 24**

**Expérimentation - Soutenir la parentalité et sensibiliser les parents à l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS)**

Après l'article 24, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

A titre expérimental, pour une durée de huit ans et dans vingt départements maximum, l'Etat autorise le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique de la mise en place, par certaines agences régionales de santé, d'un parcours de prévention visant à soutenir la parentalité et sensibiliser à l'éducation à vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS).

Un décret définit les conditions d'application du présent article, notamment les agences régionales de santé et départements concernés par cette expérimentation et le contenu de ce parcours, qui comprendra :

- Les âges clés de l'enfant où les parents, ou les responsables légaux, devront effectuer les rendez-vous de prévention ;
- Les structures concernées ;
- La liste des professions concernées ;
- Les modalités d'évaluation de l'expérimentation ;
- Une approche pluridisciplinaire.

Les comités de coordination de la santé sexuelle, mentionnées au D. 3121-34 du code de la santé publique, des régions concernées par l'expérimentation seront associés à l'expérimentation mentionnée au I du présent article.

Un rapport sur l'expérimentation est transmis au Gouvernement, au Parlement et au Conseil économique social et environnemental six mois avant la fin de l'expérimentation. Il contiendra une évaluation quantitative et qualitative de l'accompagnement des parents ou des responsables légaux, ainsi que les incidences sur la santé de l'enfant.

***Exposé des motifs***

Selon l'avis du CESE « Éduquer à la vie affective, relationnelle et sexuelle », publié en septembre 2024<sup>28</sup>, diverses structures de soutien à la parentalité existent déjà, mais ne suffisent pourtant pas à informer qualitativement les parents et les enfants à l'EVARS et à lutter contre les violences éducatives ordinaires et le non-respect des droits des enfants, en particulier ceux concernant leur corps, vie privée et intime, etc.

Pour pallier ce manque de prise en charge par les pouvoirs publics et en se basant sur les paramètres de l'expérimentation « Pégase »<sup>29</sup>, il est proposé de créer une expérimentation dans une vingtaine de départements afin de proposer des rendez-vous réguliers à des moments clés de la vie de leur enfant, et d'accompagner l'évolution de leurs pratiques de parents. Ces rendez-vous seraient individuels. Ils permettraient de personnaliser ces rencontres et éviter une information globale que les parents ne suivraient pas forcément dans un cadre collectif. Cela permettrait de soutenir les parents eux aussi en quête d'informations fiables et non culpabilisantes comme d'assurer différents objectifs de prévention en matière de santé sexuelle, de négligences éducatives et de besoins de l'enfant.

Cette proposition d'expérimentation, inspirée de la préconisation n°11 de l'avis du CESE susmentionné, se déroulerait sur 8 ans afin de couvrir à minima un nombre conséquent de rendez-vous et d'en évaluer l'efficacité dans l'optique d'une possible généralisation.

---

28 [Éduquer à la vie affective, relationnelle et sexuelle | Le Conseil économique social et environnemental \(lecese.fr\)](https://www.lecese.fr/avis-et-propositions/avis-et-propositions-educer-a-la-vie-affective-relationnelle-et-sexuelle)

29 Il s'agit d'un programme de prise en charge standardisé en santé appliqué aux enfants bénéficiant avant l'âge de 5 ans d'une mesure de Protection de l'Enfance. Cette expérimentation a été autorisée en 2019 pour 5 ans de tests dans une quinzaine de départements.  
Site internet du programme pégase : [presentation pegase](#)

Amendement n°33

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 24**

**Observatoire de la financiarisation du système de santé**

Après l'article 24, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Un observatoire de la financiarisation du système de santé est mis en place à compter de la date de la promulgation de la présente loi.

Cet observatoire a notamment pour mission de réaliser un état des lieux de la présence d'acteurs privés dans l'ensemble des domaines de la santé, du médico-social et du social. Aussi, il a pour mission de proposer des moyens d'évaluation et d'encadrement des surcoûts économiques, et conséquences sociales et environnementales, éventuels liés à la présence des acteurs précédemment mentionnés. Les modalités d'organisation et les moyens de cet observatoire, ainsi que ses missions, sont précisés par voie réglementaire.

***Exposé des motifs***

Plus de 180 milliards d'euros de transactions ont été réalisées ces deux dernières années dans le domaine de la santé. Afin de mieux appréhender l'ampleur de ce mouvement, l'Assurance maladie a renouvelé sa recommandation de mise en place d'un observatoire de la financiarisation du système de santé<sup>30</sup>.

Par exemple, des acteurs ont détourné les modèles des centres de santé dentaire, ophtalmologique et orthoptiques à des fins pécuniaires, alors que ces centres ont dans leur statut l'obligation de non-lucrativité. Ces acteurs ont également employé des personnels sous-qualifiés ayant entraîné la mutilation de multiples patients. L'Assurance maladie a dû augmenter les contrôles dans ces structures. Aussi, l'Assurance maladie s'inquiète de l'augmentation exponentielle des profils des sociétés de transports sanitaires, alors que ces derniers représentent une part de plus en plus importante dans le budget de l'assurance maladie. Enfin, les récents scandales concernant la gestion des crèches et EPHAD privés lucratifs nécessitent d'interroger l'introduction de la financiarisation dans notre système de solidarité.

Ainsi, face à la commercialisation croissante de la santé des individus, il est plus qu'important de mesurer ce phénomène.

---

<sup>30</sup> Rapport de propositions de l'Assurance maladie pour 2025, Assurance maladie, juillet 2024.

Amendement n°34

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article N°27 bis**

**Financement intégral par l'État de l'accord du 4 juin 2024 relatif à l'extension du Ségur, étendu par arrêté du 5 août 2024**

Après l'article 27 insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'État assure le financement intégral des revalorisations salariales prévues par l'accord pour la branche des activités sanitaires, sociales et médico-sociales privée à but non lucratif (BASS), signé le 4 juin 2024 relatif à l'extension du Ségur dans le cadre de la politique salariale en lien avec la négociation sur la CCUE dans le secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif, conclu dans le cadre de l'accord national professionnel n°2005-03 du 18 février 2005 sur le champ d'application du secteur sanitaire, social et médico-social à but non lucratif, agréé par arrêté du 25 juin 2024 et étendu par arrêté du 5 août 2024. Ce financement couvre l'ensemble des revalorisations dites Ségur de tous les professionnels des structures relevant du champ de la BASS ; il est pris en charge par des financements publics à la hauteur de leur coût réel, aux conditions prévues par ledit accord.

***Exposé des motifs***

Depuis plus de deux ans, les syndicats et fédérations du secteur sanitaire, social et médico-social ont œuvré pour étendre les mesures de revalorisation salariale issues du Ségur de la santé à l'ensemble des salariés du secteur. Cette démarche vise à corriger les disparités salariales persistantes qui ont laissé une part importante des salariés de ce secteur en marge des revalorisations.

L'accord conclu le 4 juin 2024 dans le cadre de la Branche Sanitaire, Sociale et Médico-Sociale (BASS) marque une avancée importante. Il prévoit l'extension du versement de 183 € nets par mois, soit 238 € bruts, à tous les salariés qui n'avaient pas encore bénéficié des revalorisations issues du Ségur.

Cependant, cet accord, qui s'impose à l'ensemble des structures relevant du champ de la BASS dans la mesure où ils ont l'obligation légale de verser les revalorisations prévues, n'a pas été assorti des financements nécessaires à sa mise en œuvre. En effet, Les associations, qui sont au cœur de l'accompagnement des personnes vulnérables, ont déjà dû puiser dans leurs fonds propres – pour celles qui en ont encore la capacité – afin de compenser les exclusions salariales dans un contexte de crise connu de tous. Et ceci sans garantie de financement par leurs autorités de tarification et notamment les Départements. Cette situation met en péril la pérennité de ces structures ainsi que la continuité de leurs missions. Il est donc impératif que l'État prenne pleinement en charge le financement de cet accord pour éviter que les associations ne se retrouvent dans une impasse financière qui affectera très rapidement la qualité des accompagnements proposés.



Cet amendement vise donc à garantir que l'État assume intégralement le coût des revalorisations salariales liées à l'accord du 4 juin 2024. Il est essentiel que les professionnels concernés perçoivent rapidement les revalorisations annoncées.

L'État doit se porter garant de la bonne exécution de cet accord et mobiliser les crédits nécessaires pour en assurer la pleine application.

Tel est l'objet du présent amendement.

**Cet amendement de l'Uniopss est soutenu par :**

ABC Puériculture  
Addictions France  
APF France handicap  
Apprentis d'Auteuil  
Armée du Salut  
Citoyens & Justice  
Emmaüs France  
Fapil  
Fédération des Acteurs de la Solidarité  
Fédération Addiction  
Fédération de l'Entraide Protestante  
Fédération Nationale pour la Petite Enfance  
Fédération Générale des PEP  
Fédération Française Sésame Autisme  
Fonds Social Juif Unifié  
Fondation ANAIS  
France Terre d'Asile  
HOVIA  
L'Essor  
Résonance  
Secours Catholique  
SOLIHA  
SOS Villages d'enfants  
UNAFO  
Union pour l'Enfance

Amendement n°35

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Après l'Article 27**

**Prévoir le chiffrage du coût réel de l'accord du 4 juin 2024 relatif à l'extension du Ségur étendu par arrêté du 5 août 2024 pour l'ensemble des structures relevant du champ de la branche des activités sanitaires, sociales et médico-sociales privée à but non lucratif (BASS)**

Après l'article 27 insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le gouvernement remet au parlement, dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente Loi, un rapport évaluant le coût réel de l'application de l'accord du 4 juin 2024 relatif à l'extension du Ségur dans le cadre de la politique salariale en lien avec la négociation sur la CCUE dans le secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif, conclu dans le cadre de l'accord national professionnel n°2005-03 du 18 février 2005 sur le champ d'application du secteur sanitaire, social et médico-social à but non lucratif, agréé par arrêté du 25 juin 2024 et étendu par arrêté du 5 août 2024., pour l'ensemble pour l'ensemble des structures relevant du champ de la branche des activités sanitaires, sociales et médico-sociales privée à but non lucratif (BASS).

Ce rapport devra notamment :

- Estimer le coût total des revalorisations salariales pour toutes les structures relevant du champ de la BASS, en prenant en compte les différentes catégories de personnel visées par l'accord.
- Évaluer les ressources nécessaires pour financer ces revalorisations de manière complète et sans recours aux fonds propres des associations gestionnaires.
- Proposer des pistes de financement adaptées afin d'assurer la viabilité économique des structures tout en garantissant le versement des revalorisations salariales pour répondre aux conditions prévues par l'accord du 4 juin 2024 et par l'arrêté d'extension du 5 août 2024.

***Exposé des motifs***

Depuis plus de deux ans, les syndicats et fédérations du secteur sanitaire, social et médico-social ont œuvré pour étendre les mesures de revalorisations salariales issues du Ségur de la santé à l'ensemble des salariés du secteur. Cette démarche vise à corriger les disparités salariales persistantes qui ont laissé une part importante des travailleurs de ce secteur en marge des revalorisations.

L'accord conclu le 4 juin 2024 dans le cadre de la Branche Sanitaire, Sociale et Médico-Sociale (BASS) marque une avancée importante. Il prévoit l'extension du versement de 183 € nets par mois, soit 238 € bruts, à tous les salariés qui n'avaient pas encore bénéficié des revalorisations issues du Ségur.

À ce jour, les estimations du gouvernement, des organisations patronales et des têtes de réseaux associatives divergent quant au nombre de salariés concernés et aux coûts associés. Ceci soulève des inquiétudes quant à la capacité des structures relevant de la BASS à supporter financièrement cette mesure. Certaines structures ont dû puiser dans leurs fonds propres pour pallier les insuffisances des dispositifs de financement.

L'absence de chiffrage précis du coût réel de l'application de cet accord ainsi que l'incertitude d'un financement de la mesure par les autorités de tarification aggravent les tensions sociales au sein des structures concernées.

Cet amendement a pour but de garantir une évaluation précise des coûts liés à l'application de l'accord Axess du 4 juin 2024.

L'objectif est de mettre en adéquation le financement de l'État avec les besoins réels des structures relevant du champ de la BASS, afin de permettre une mise en œuvre efficace des revalorisations salariales dans l'intérêt des professionnels et des personnes accompagnées.

Tel est l'objet du présent amendement.

**Cet amendement de l'Uniopss est soutenu par :**

ABC Puériculture  
Addictions France  
APF France handicap  
Apprentis d'Auteuil  
Armée du Salut  
Citoyens & Justice  
Emmaüs France  
Fapil  
Fédération des Acteurs de la Solidarité  
Fédération Addiction  
Fédération de l'Entraide Protestante  
Fédération Nationale pour la Petite Enfance  
Fédération Générale des PEP  
Fédération Française Sésame Autisme  
Fonds Social Juif Unifié  
Fondation ANAIS  
France Terre d'Asile  
HOVIA  
L'Essor  
Résonance  
Secours Catholique  
SOLIHA  
SOS Villages d'enfants  
UNAFO  
Union pour l'Enfance

Amendement n°36

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 27**

**Abroger la barrière d'âge pour bénéficier de la prestation de compensation du handicap**

Après l'article 27, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - L'article L. 245-1 du Code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, supprimer les mots : « dont l'âge est inférieur à une limite fixée par décret et »

b) En conséquence, le II est supprimé.

II. – La perte de recettes pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du Code général des impôts.

III. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du Code général des impôts.

Tel est l'objet du présent amendement.

**Exposé des motifs**

L'enjeu de l'égalité de traitement face au besoin d'aide à l'autonomie implique, entre autres mais avant toute chose, la suppression de toute barrière d'âge.

Les dispositifs actuels de soutien à l'autonomie (APA, PCH) sont insuffisants et trop parcellaires. Qui plus est, ils instaurent des barrières dans l'accès aux droits, notamment en fonction de l'âge. En effet, une barrière arbitraire a été fixée entre handicap et vieillesse à 60 ans. Ainsi, en fonction de l'âge de survenue du handicap (avant ou après 60 ans), les personnes ont accès, soit à la prestation de compensation du handicap (PCH), soit à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), versée aux personnes âgées dépendantes. Ces deux prestations sont d'une nature et d'un montant différents.

Cet amendement propose de lever cette barrière d'âge, avec l'objectif à terme de créer une prestation universelle d'autonomie quels que soient l'âge, l'état de santé ou le handicap, permettant de garantir les moyens financiers d'une compensation intégrale, effective et personnalisée, sans exclusion d'aucune situation de handicap.

En outre, supprimer la barrière d'âge permettra de réduire le morcellement des dispositifs, en sortant de la logique de catégorisation des publics.

Cette disposition est en cohérence avec le caractère universel de la prise en charge du soutien à l'autonomie (principe à l'origine de la 5ème branche) et surtout en conformité avec la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui prévoyait en son article 13 que « Dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux seront supprimées ».

Amendement n°37

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 27**

**Déterminer les contours d'une prestation universelle d'autonomie**

Après l'article 27, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le gouvernement remet au parlement un rapport présentant les contours de l'instauration d'une prestation universelle d'autonomie. Cette prestation concernerait toute personne, quel que soit son âge, son état de santé ou sa situation de handicap, qui a besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière. Le rapport précise les conditions d'éligibilité, ainsi que le périmètre de cette nouvelle prestation ainsi que les besoins de financements y afférent.

Tel est l'objet du présent amendement.

***Exposé des motifs***

Les dispositifs actuels de soutien à l'autonomie (APA, PCH) sont insuffisants et trop parcellaires. Qui plus est, ils instaurent des barrières dans l'accès aux droits, notamment en fonction de l'âge.

La question de la suppression de la barrière d'âge pose inévitablement celle d'une nouvelle aide qui pourrait prendre la forme d'une prestation unique de compensation pour l'autonomie. L'Uniopss plaide depuis 2010 pour la création d'une telle prestation à l'intention de toute personne en situation de perte d'autonomie ou en situation de handicap, quel que soit son âge, afin de mettre un terme aux seuils discriminants pour ne plus se focaliser que sur les besoins des personnes.

Les besoins de compensation qui pourront être financés par ce nouveau champ de protection sociale devraient intégrer au minimum ceux qui sont aujourd'hui financées par l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et celles énumérées par la Prestation de Compensation du Handicap (PCH). Personne « handicapée » de moins de 60 ans et personne âgée « dépendante » de plus de 60 ans, seraient alors considérées, non plus selon leur âge, mais selon leurs besoins de compensation de leur situation, quelle qu'en soit l'origine.

Aussi, cet amendement propose de réfléchir à la création d'une prestation universelle d'autonomie permettant à toutes les personnes ayant besoin d'une aide à l'autonomie, d'accéder à cette nouvelle prestation et de couvrir tous les besoins de compensation quels que soient l'âge, l'état de santé ou le handicap, permettant de garantir les moyens financiers d'une

compensation intégrale, effective et personnalisée, sans exclusion d'aucune situation de handicap.

Amendement n°38

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 27**

**Soutenir les gestionnaires d'ESMS dans la transformation  
de l'offre en assurant un financement pérenne à la conduite  
du changement et à l'ingénierie de projet**

Après l'article 27, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

En lien avec les réformes en cours notamment sur le champ du financement et de la tarification des ESMS, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les modalités de financement aptes à répondre de façon pérenne aux besoins du secteur en termes d'innovation, de conduite du changement et d'ingénierie de projet.

Sur la base de ce rapport, des discussions seront ouvertes avec les différentes autorités et acteurs en charge du suivi et de la mise en œuvre de ses préconisations. Les travaux devront s'appuyer sur les dynamiques à l'œuvre en matière de transformation de l'offre, de redéfinition des missions et des modalités d'accompagnements notamment le virage domiciliaire, l'École pour tous ou encore l'Ehpad de demain...

Tel est l'objet du présent amendement.

***Exposé des motifs***

La crise sanitaire a donné à certains organismes gestionnaires des marges de manœuvre nouvelles et a mis en lumière la volonté et la capacité des professionnels de terrain à trouver des solutions simples et efficaces à des problèmes nouveaux.

Cette situation de crise a révélé toute la créativité, le dynamisme et la capacité des secteurs sociaux et médico-sociaux à fédérer les acteurs locaux autour d'une question essentielle : Comment répondre avec réactivité et efficacité aux besoins des populations les plus vulnérables ? Alors que la menace d'une crise sanitaire s'éloigne et à mesure que d'autres défis d'ampleur s'annoncent pour les secteurs sociaux et médico-sociaux, cette proposition d'amendement invite à porter et à revendiquer cette culture de l'innovation dans le champ social et médicosocial.

À ce titre, l'initiative de l'Agence nationale d'appui à la performance dans les établissements de santé et médico-sociaux (Anap) de lancer un appel à manifestation d'intérêt à destination des professionnels des secteurs sanitaires et médico-social pour participer à un nouveau type



d'accompagnement sur ce modèle est à saluer. Toutefois cette initiative, la « Pépinière des territoires », ne peut accompagner qu'un nombre limité d'acteurs à la mise en œuvre de leur projet.

Amendement n°39

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 27**

**Mener des travaux d'évaluation et de clarification de la prise en charge de frais de transport des personnes en situation de handicap par l'Assurance maladie**

Après l'article 27, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

« Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la prise en charge des frais de transports des adultes et des enfants en situation de handicap par l'Assurance maladie dans le cadre de la prise en charge globale de ces personnes et de la mise en œuvre de leur parcours de soins, de Santé et de vie dans de bonne condition.

Sur la base de ce rapport, des discussions seront ouvertes avec les différentes autorités et acteurs en charge du suivi et de la mise en œuvre des préconisations du rapport. Les travaux porteront sur la prise en charge des frais de transports des personnes en situation de handicap (adultes et enfants), afin de clarifier les règles existantes et de les réinterroger le cas échéant.

Tel est l'objet du présent amendement.

***Exposé des motifs***

Le PLFSS a pour ambition de porter une dynamique d'engagements et d'investissements en faveur d'un meilleur accès aux soins, et plus globalement à la Santé, des citoyens.

Concernant l'accompagnement des situations de handicap, la CNH puis le CIH 2023 ont posé des ambitions fortes pour rapprocher le médico-social des lieux de vie des personnes. Est ainsi encouragé l'exercice de nouvelles missions dans un cadre d'exercice coordonné (notamment entre professionnels du soin, du médico-social, du social et les équipes pédagogiques le cas échéant) en dehors des établissements médico-sociaux.

Concernant les transports sanitaires, déjà en 2020, le rapport sur "l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité", rédigé par la mission pilotée par Marianne Cornu-Pauchet et Philippe Denormandie appelait à mieux valoriser les spécificités de la prise en charge en agissant sur les transports.

Ce constat a été renforcé lors de la remise du rapport « Ne pas avoir à choisir entre être accompagné et être soigné » par Philippe Denormandie et Stéphanie Talbot en octobre 2019, préconisant une clarification du financement des transports pour les besoins de santé.

Les personnes accompagnées en ESMS bénéficient des mêmes conditions d'accès au transport sanitaire que toute autre personne. Il incombe ainsi au médecin de reconnaître si la situation médicale nécessite un transport sanitaire. Si les conditions de recours au transport sanitaire ne sont pas remplies, alors il relèvera de l'ESMS d'organiser et de financer le transport vers les soins si la personne le nécessite en raison de son handicap. Cette mission entre en effet dans les missions des ESMS d'accompagnement général des personnes.

Toutefois, les rapports évoqués ci-dessus et les nombreux témoignages de professionnels et de proches aidants de personnes en situation de handicap mettent en évidence la nécessité de conduire des travaux sur la problématique du transport pour les personnes en situation de handicap, notamment pour bénéficier de soins. Il est indispensable d'actualiser la réglementation liée au financement et à la prise en charge des transports, à la lumière des évolutions qui traversent le secteur du handicap (désinstitutionnalisation, École pour tous, fonctionnement en plateforme...).

Il est également nécessaire de réaliser un état des lieux des difficultés liées aux transports en dehors de la sphère de l'accès aux soins. En effet, pour les adultes en situation de handicap, et suivant les situations, la prise en charge est différenciée.

Ainsi, si la personne bénéficie d'un accueil de jour en maison d'accueil spécialisé (MAS) ou en foyer d'accueil médicalisé (FAM), ses frais de transport sont pris en charge par l'assurance maladie. Les trajets effectués par l'adulte handicapé pour ses sorties liées à sa vie sociale ne sont pas financés par les établissements mais peuvent être pris en charge dans le cadre du volet « surcoûts des transports » de la prestation de compensation du handicap (PCH). Dans l'hypothèse où l'adulte handicapé est en établissement et service d'aide par le travail (ESAT), le budget de cet établissement peut prévoir le financement des frais de transport mais cette prise en charge ne concerne que les transports collectifs organisés entre le domicile et l'ESAT. Cette prise en charge n'est possible que lorsque les contraintes tenant à l'environnement ou aux capacités des travailleurs l'exigent.

En revanche, lorsque l'adulte handicapé est accueilli dans une structure d'accueil comme un foyer d'hébergement ou un foyer de vie, les frais de transport ne sont pas pris en compte dans le budget de l'établissement, ni par la sécurité sociale et restent donc à sa charge. Il peut toutefois bénéficier d'une prise en charge partielle au titre de la PCH.

Il est donc aujourd'hui nécessaire d'ouvrir ce chantier de la prise en charge des transports pour les adultes en situation de handicap, notamment ceux accueillis en foyer de vie ou en foyer d'hébergement. En effet, les frais de transport représentent une part conséquente des dépenses de ces personnes handicapées en proportion à leurs ressources.

Amendement n°40

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 27**

**Instaurer un observatoire national de l'autonomie afin de mieux connaître les besoins pour adapter l'offre**

Après l'article 27 est inséré un article ainsi rédigé :

I. Après l'article L. 14-10-1 du Code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Il est institué un Observatoire du soutien à l'autonomie, placé auprès de la Caisse Nationale de Soutien à l'Autonomie. Il est chargé d'identifier par territoires les besoins des personnes en situation de handicap et des personnes âgées et de leurs proches aidants et de proposer un référentiel national commun pour harmoniser le recueil des données. Il fait réaliser des travaux d'études, de recherche et d'évaluation quantitatives et qualitatives, qui alimentent notamment les diagnostics territoriaux, les politiques publiques locales et nationales et les référentiels de formation ainsi que l'évaluation des besoins mentionnée au 2° de l'article L. 1434-2 du Code de la santé publique. Les administrations de l'État, des collectivités territoriales et des établissements publics sont tenues de communiquer à l'observatoire les éléments qui lui sont nécessaires pour la poursuite de ses buts sous réserve de l'application des dispositions législatives imposant une obligation de secret. Il contribue au développement de la connaissance et des systèmes d'information, en particulier lorsque les diagnostics relatifs aux besoins d'accompagnement des personnes sont inexistantes ou lacunaires, en liaison notamment avec les organismes régionaux, nationaux et internationaux.

Il élabore chaque année, à destination du Premier Ministre et du Parlement, un rapport synthétisant les travaux d'études, de recherche et d'évaluation réalisés aux niveaux local, régional. Ce rapport est rendu public.

Un décret en Conseil d'État détermine la composition, les missions et les modalités de fonctionnement de l'observatoire. »

II. – La perte de recettes pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du Code général des impôts.

III. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du Code général des impôts.

Tel est l'objet du présent amendement.

### *Exposé des motifs*

La statistique publique française est, depuis de nombreuses années, vigoureusement critiquée, aussi bien par des autorités nationales qu'internationales, sur son mutisme en matière de handicap et d'autonomie. Il n'existe pour l'instant aucune question sur le sujet dans le recensement de la population et la dernière grande enquête thématique (Handicap-santé) remonte à plus de dix ans.

Pourtant, afin d'affiner les politiques publiques et mieux répondre aux besoins et aux aspirations des personnes concernées, il est crucial de recueillir des données précises et chiffrées. De plus, l'ONU, à travers les préconisations du Comité des droits des personnes handicapées rendues en septembre 2021, incite la France doit poursuivre la transformation des établissements vers une orientation plus prononcée vers les services.

La transformation de l'offre et son adaptation implique une connaissance des besoins des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, au niveau nation et territorial, afin de permettre l'adaptation de l'offre au public et non l'inverse.

L'amendement propose l'instauration d'un observatoire national, chargé de la connaissance des besoins territoriaux et nationaux. Il s'agit d'une demande largement partagée par les associations du secteur. À cette fin, il pourrait être envisagé de créer et harmoniser les référentiels « d'évaluation des besoins territoriaux » institué par le Code la santé publique pour l'élaboration des schémas régionaux de santé, de publier et harmoniser les données collectées dans les collectivités et de développer des outils de suivi des besoins et des aspirations des personnes en situation de handicap et de leurs familles.

Amendement n°41

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 27**

**Conditions de travail et lutte contre les maltraitances  
dans les secteurs social, médico-social et de la santé**

Après l'article 27, insérer un article ainsi rédigé :

“I. Inscrire dans les LFSS le budget pour financer les actions dédiées à la lutte contre les maltraitances, pour permettre aux associations de les mettre en œuvre afin d'améliorer la vie de la personne accompagnée, soutenir réellement la sensibilisation et la formation et proposer une meilleure qualité de vie et de conditions de travail à tous les salariés et bénévoles.

II. Étudier des scénarii de financements complémentaires pour les prochaines années, pour construire un système avec une répartition des coûts et une prise en charge pérenne et efficace à la hauteur des besoins réels des citoyens sans répercussion financière pour les associations.

III. Pérenniser de façon pluriannuelle les moyens financiers alloués aux actions de prévention et les rendre visibles.

IV. Renforcer la dimension interministérielle lors de la conception, l'élaboration et la mise en application des politiques de santé publique, et rendre systématique la participation des professionnels de terrain, des usagers/patients et de leur entourage.

V. Faire converger les travaux de concertation pour la structuration des politiques publiques en direction des personnes en situation de vulnérabilité pour travailler sur une réflexion de fond (au-delà de la question des publics). Cette concertation croisée devra porter sur le mode de financement État-Département et autorités de tarification effectrices de service.

VI. Corréler en partie le financement des établissements aux besoins - besoins de soins, en y intégrant une dimension préventive, besoins d'autonomie, besoins de vie sociale.

VII. Définir un ratio minimal d'encadrement en fonction des ESMS et des besoins des personnes, permettant des accompagnements de qualité et humain et d'individualiser l'accompagnement.

Tel est l'objet du présent amendement.

### *Exposé des motifs*

Alors que les budgets des associations baissent régulièrement depuis des années, alors que les besoins des personnes en situation de vulnérabilité se sont densifiés et complexifiés, ce qui a un impact sur les conditions de travail des salariés et des dirigeants du monde associatif, la démarche de contractualisation avec l'État et les collectivités territoriales devrait tenir compte des besoins des acteurs privés à but non lucratif (associations, fondations, mutuelles) gestionnaires d'ESMS (nous constatons l'existence d'objectifs et fiches actions imposés, avec très peu de marges de négociation pour les adapter aux projets spécifiques de chaque association et aux besoins des territoires).

La configuration générale du pilotage des établissements et services est en elle-même devenue problématique : la tendance actuelle semble entériner des situations de sous-financement plutôt qu'octroyer de nouveaux moyens aux associations, comme aux services publics, confrontés à l'augmentation des besoins des personnes, au besoin d'embaucher plus de personnel qualifié, à l'empilement des dispositifs et à la nécessité de mettre en place des actions de transformation de leur organisation. Les objectifs chiffrés, les procédures rigides visant la quantité plus que la qualité d'accompagnement et les contraintes évaluatives définies selon des normes toujours plus pesantes (non assorties des moyens nécessaires) contraignent les acteurs du travail social à respecter le cadre et font perdre de vue le rôle social et humain du travail social et des professionnels.

L'obligation de gérer dans l'urgence, sous contraintes et avec des moyens insuffisants entraîne une maltraitance systémique que subissent les associations des solidarités et de la santé, vues de plus en plus comme sous-traitantes de l'action publique, choisies en fonction du moins disant budgétaire, et non plus dans leur rôle essentiel et central de corps intermédiaire qui, au-delà de la gestion de réponses, permet d'agir dans la société, de travailler sur les représentations collectives et de concevoir d'autres pratiques.

Ainsi, d'importants dysfonctionnements dans la gestion ou l'organisation susceptibles d'affecter la prise en charge des usagers ou le respect de leurs droits - si ces derniers ne sont en aucun cas excusables car ils affectent la prise en charge des personnes, le respect de leurs droits ou leur protection - sont induits et provoqués par les difficultés de recrutement, la baisse des étudiants, l'absentéisme et les départs qui ont accru la charge des salariés restants.

Les publics, plus nombreux, nécessitent une prise en charge souvent plus délicate, conjuguée à cette complexité administrative et RH croissante et à ces financements restreints. En effet, les financeurs, en réduisant les financements de fonctionnement des organisations, réduisent ainsi les temps d'intervention, sans diminuer en proportion les tâches à réaliser. Ce qui génère, par ricochet, des conditions de travail dégradées, une augmentation du mal-être au travail et de fait, avec un temps moindre pour réaliser les bons gestes et utiliser les bonnes postures, une évolution très défavorable du taux de sinistralité (le secteur médico-social occupe la première place en termes d'accidents du travail, d'affections psychiques et de maladies professionnelles comme les troubles musculosquelettiques).

Or, la lutte contre les maltraitances passe en priorité par la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des personnes, la qualité des actes, mais aussi la qualité de l'écoute, de l'échange et du relationnel. Ce qui nécessite du temps, plus de professionnels et de sortir d'une logique financière où chaque acte est normé et valorisé financièrement. Il s'agit bien de mettre l'humain au cœur de ces relations. Ainsi, pour les professionnels, qu'ils exercent en établissement, dans des services ou à domicile, le temps de la relation et de l'humain doit être retrouvé, valorisé et rétribué, pour ainsi redonner pleinement du sens à ces professions.

L'accompagnement des personnes vulnérables doit se faire sans barrière financière, pour bénéficier des services nécessaires de professionnels eux-mêmes accompagnés dans leur parcours professionnel, reconnus dans leur utilité sociale et valorisés à l'aune de leur importance sociale capitale et de structures soutenues financièrement par les pouvoirs publics.

Le lancement récent de la stratégie nationale de lutte contre les maltraitances 2024-2027, qui fait aussi le lien avec l'article 13 de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie prévoyant la création d'une cellule chargée du recueil, du suivi et du traitement des signalements de maltraitance ; ainsi que le décret n° 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des établissements et services sociaux et médico-sociaux qui précise que le contenu du projet d'établissement ou de service s'inscrit dans une démarche de prévention et lutte contre les maltraitances par l'obligation de mentionner notamment les actions et orientations en matière de gestion de formation et de contrôle du personnel, témoignent de la dynamique de promotion de la bientraitance dans les ESMS portée par les politiques publiques. L'amélioration des conditions de travail des professionnels accompagnants est intimement liée à celle des conditions de vie des personnes accompagnées ou accueillies.

Ainsi, il est aujourd'hui vital de doter les structures sociales, médico-sociales et sanitaires des financements adéquats pour pouvoir embaucher suffisamment de personnel, avec des rémunérations à la hauteur de leurs qualifications exigées et nécessaires et de leur utilité sociale, avec des budgets pour mettre en place les formations exigées par le décret n°2024-166 du 29 février 2024, pour également mettre en place des démarches de prévention des risques professionnels, avec du personnel dédié et des démarches d'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail.



Amendement n°42

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel après l'article 27**

**Création d'un fonds national expérimental pour la cohabitation intergénérationnelle  
solidaire**

**(Amendement de l'Uniopss et soutenu par Cohabilis)**

Après l'article 27, insérer un article ainsi rédigé :

« I. Un fonds national expérimental de dix millions d'euros annuel est créé pour trois ans afin d'appuyer le développement de logements solidaires dédiés aux jeunes dans les logements sous-occupés. L'objectif de ce fond est de participer au fonctionnement et au développement des associations accompagnant les personnes logeant chez les personnes de plus de 60 ans ayant recours à la cohabitation intergénérationnelle solidaire définie à l'article L. 631-17 »

II.- La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services ».

Tel est l'objet du présent amendement.

***Exposé des motifs***

Aujourd'hui, il manquerait près de 250 000 logements étudiants. Les jeunes sont les premiers touchés par la crise du logement. Alors que 20 % d'entre eux vivent sous le seuil de pauvreté en France, le logement représente leur premier poste de dépenses (60 % du budget) et le principal facteur de leur précarisation. Le taux d'effort net que les jeunes consacrent actuellement au logement est deux fois supérieur à celui de la population générale.

Par ailleurs, le vieillissement de la population multiplie les cas d'isolement relationnel et le besoin d'aide pour la vie quotidienne.

La cohabitation intergénérationnelle solidaire apparaît comme une solution efficace et opérationnelle.

La loi n°2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement et du numérique définit la cohabitation intergénérationnelle solidaire comme « un contrat par lequel une personne de soixante ans et plus, propriétaire ou locataire, s'engage à louer ou sous-louer une partie de son logement à une personne de moins de trente ans moyennant une contrepartie financière modeste. »

Depuis 2004, la cohabitation intergénérationnelle solidaire a prouvé son utilité et ses bénéfices sociétaux et sociaux.

En effet, elle permet aux jeunes de faire des économies substantielles : 1 815 € en moyenne par contrat de 7,5 mois. Sur la même durée, pour la Caisse d'Allocations Familiales (CAF), l'économie moyenne sur l'allocation logement est quant à elle de 615 €. Elle contribue également au bien vieillir par un maintien du lien social chez les aînés et par une prévention accrue des risques de « glissements » lors du vieillissement.

Les structures privées non lucratives jouent un rôle d'intermédiaire essentiel entre les jeunes et les personnes âgées en s'assurant de l'adéquation entre le projet du jeune et le projet de la personne âgée, en les mettant en relation puis en assurant le suivi du déroulé de cette cohabitation. Les structures se positionnent en tant que facilitatrices et régulatrices du binôme et sécurisent ainsi la relation contractuelle.

La présente mesure, également soutenue dans la proposition de loi visant au développement de la cohabitation intergénérationnelle solidaire (texte n° 81 (2023-2024)), prévoit de solvabiliser des structures privées non lucratives par la création d'un fonds expérimental d'une durée de trois années, doté de 10 millions d'euros et s'inscrivant dans une approche régionale cohérente.

Amendement n°43

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel N°27undecies**

**Mise en place d'une expérimentation d'espaces dédiés aux femmes dans les CAARUD  
(Amendement proposé par la Fédération Addiction et la Fédération des Acteurs de la  
Solidarité ; et soutenu par l'Uniopss)**

Après l'article 27, insérer un article ainsi rédigé :

- VII. À la troisième ligne de la seconde colonne du tableau de l'alinéa 2, substituer au montant :
- « 108,8 »,
- Par le montant :
- « 107,6 »
- VIII. En conséquence, à la septième ligne de la même colonne du même tableau, substituer au montant :
- « 3,5 »
- Par le montant :
- « 4,7 »

***Exposé des motifs***

Cet amendement a pour objectif le financement d'une expérimentation de 3 espaces dédiés exclusivement aux femmes dans les CAARUD. Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) sont des établissements médico-sociaux destinés à accueillir des usagers de drogues. Les CAARUD sont des services de réductions et de prévention des risques sanitaires et psycho-sociaux causés par le mode de consommation des produits illicites, auprès d'usagers de drogues non-demandeurs de soins. Ils ont principalement pour but d'amener progressivement l'utilisateur en situation précaire à avoir accès aux soins de base et à entrevoir la possibilité d'être accompagné vers une démarche de soins plus conséquente.

Cependant, ces centres d'accueil sont principalement fréquentés par un public masculin. En effet, les femmes en situation de précarité sont hélas souvent amenées à adopter des stratégies de non-recours à l'hébergement, ce qui contribue à leur invisibilisation. Le

rapport *Profils et pratiques des usagers reçus en CAARUD en 2019* de l'OFDT, publié en 2022 souligne la surreprésentation des hommes dans ces centres. En effet, seulement 20% des personnes accueillies en 2019 étaient des femmes. Plusieurs facteurs viennent expliquer la sous-fréquentation par les femmes de ces centres. Les femmes ont tendance à se mettre en retrait, craignant souvent de subir à nouveau des violences et/ou de croiser leur agresseur. En outre, les représentations stéréotypées de genre peuvent également les dissuader de se rendre en centre. Bien que des mesures aient été mises en place dans certains CAARUD (plages horaires dédiées, unités femmes-enfants, groupes de paroles réservés aux femmes...), il paraît nécessaire de créer des espaces spécifiquement dédiés à l'accueil des femmes. Ces centres d'accueil constitueront des espaces de sécurité pour des femmes aux parcours complexes et marqués par la violence. Ces espaces au sein des CAARUD permettront dès lors de répondre à leurs besoins spécifiques.

Avant de généraliser ces espaces, il est proposé de mettre en place une expérimentation au sein de 3 CAARUD afin d'évaluer la pertinence du dispositif. L'État précisera par décret la répartition territoriale de ces 3 espaces dédiés aux femmes au sein des CAARUD.

Contraint par les règles de l'article 40 de la Constitution, cet amendement réduit le sous-ONDAM hospitalier, ce qui n'est nullement son intention. Il est alors demandé au gouvernement de lever le gage financier.

**Estimation du coût**

Coût d'un CAARUD par an × nombre de régions par expérimentation = 600 000 (moyenne haute) × 3 = 1 200 000

*Sources :*

Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues le Resol, Croix-Rouge française

Lancement du projet MAAA'ELLES (Missions d'Accompagnement et d'Accueil - Addictions pour Elles) - Fédération des acteurs de la solidarité ([federationsolidarite.org](http://federationsolidarite.org))

Guide « Femmes et addictions » - Fédération Addiction ([federationaddiction.fr](http://federationaddiction.fr))

La réduction des risques et des dommages chez les usagers de drogues - Ministère du travail, de la santé et des solidarités ([sante.gouv.fr](http://sante.gouv.fr))

Amendement n°44

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025**

---

**Article additionnel N°27duodecies**

**Mise en place d'une expérimentation d'espaces dédiés aux femmes dans les CSAPA**

**(Amendement proposé par la Fédération Addiction et la Fédération des Acteurs de la Solidarité ; et soutenu par l'Uniopss)**

Après l'article 27, insérer un article ainsi rédigé :

I- À la troisième ligne de la seconde colonne du tableau de l'alinéa 2, substituer au montant :

« 108,8 »

Par le montant :

« 107,6 »

II- En conséquence, à la septième ligne de la même colonne du même tableau, substituer au montant

« 3,5 »

Par le montant :

« 4,7 »

***Exposé des motifs***

Cet amendement a pour objectif le financement d'une expérimentation de 3 espaces dédiés exclusivement aux femmes dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Les CSAPA sont des structures assurant des missions d'accompagnement médico-psycho-social, de soins, de réduction des risques et des dommages et de prévention individuelle et collective. Composés par des équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, psychologues, professionnels socio-éducatifs), ces centres s'adressent, aux personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une addiction (avec ou sans substance) ainsi qu'à leur entourage.

En 2021, les hommes représentent 76% des 210 665 personnes accompagnées par le personnel des CSAPA. Cette sous-occupation féminine s'explique en partie par le fait que ces espaces sont pensés par et pour les hommes. La surreprésentation masculine des CSAPA peut reproduire un cadre insécurisant pour de nombreuses femmes, notamment pour celles victimes de violence – et désincitatif à leur venue dans ces centres. D'autre part, si les hommes

ont davantage de pratiques addictives ou à risque que les femmes, celles-ci sont en revanche davantage stigmatisées pour leurs conduites. Dès lors, la crainte du stigmate n'encourage pas la fréquentation de ces lieux d'accueil et d'accompagnement.

Ainsi, il paraît essentiel d'encourager la fréquentation des CSAPA par les femmes en levant les multiples freins à leur venue. Il est donc proposé de concevoir des espaces réservés exclusivement aux femmes dans les CSAPA, afin de créer les conditions et un cadre favorable à leur accueil, ainsi qu'à leur prise en charge.

Avant de généraliser ces espaces, il est proposé de mettre en place une expérimentation au sein de 3 CSAPA afin d'évaluer la pertinence du dispositif. L'État précisera par décret la répartition territoriale de ces 3 espaces dédiés aux femmes au sein des CSAPA.

Contraint par les règles de l'article 40 de la Constitution, cet amendement réduit le sous-ONDAM hospitalier, ce qui n'est nullement son intention. Il est alors demandé au gouvernement de lever le gage financier.

**Estimation du coût**

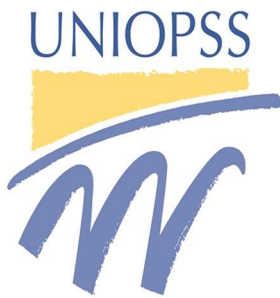
Coût d'un CSAPA par an × nombre de régions par expérimentation = 1 000 000 (moyenne basse) × 3 = 3 000 000

*Sources :*

Recueil des actes administratifs spécial n°75-2023-087 publié le 7 février 2023

OFDT, Caractéristiques des personnes prises en charge dans les CSAPA en 2021, Février 2024

Contact : Jérôme Voiturier, [jvoiturier@uniopss.asso.fr](mailto:jvoiturier@uniopss.asso.fr); 01.53.36.35.30



---

## ***Les valeurs qui nous rassemblent***

- ▶ Primauté de la personne
  - ▶ Non lucrativité
  - ▶ Solidarité
  - ▶ Égalité dans l'accès aux droits
  - ▶ Participation de tous à la vie de la société
- 

### **L'Uniopss**

#### **Unir les associations pour développer les solidarités**

Acteurs majeurs du monde associatif et de l'économie sociale et solidaire, l'Uniopss et les Uriopss représentent, soutiennent et rassemblent les acteurs associatifs des secteurs sanitaire, social et médico-social.

Présent sur tout le territoire au travers d'un réseau d'unions régionales et d'une centaine de fédérations et d'associations nationales, le réseau de l'Uniopss regroupe 25 000 établissements, 750 000 salariés et un million de bénévoles.

Cet ancrage territorial, ainsi que son expertise dans l'ensemble des champs de l'action sanitaire et sociale (handicap, personnes âgées, santé, enfance, famille, jeunesse, lutte contre l'exclusion...), permettent à ce réseau de porter une analyse transversale et de contribuer à la construction de politiques publiques ambitieuses en France et en Europe.