



Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024

1^{ère} lecture Assemblée Nationale

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

Octobre 2023

Table des matières

Amendement n°1	7
Article N°2	7
Prise en compte du réchauffement climatique dans les décisions	7
Amendement n°2	8
Article N°17	8
Campagne de vaccination HPV en ESMS et amélioration de l'information	8
Amendement n°3	9
Article N°18	9
Gratuité des préservatifs pour l'ensemble des personnes en situation de précarité	9
Amendement n°4	10
Article N°19	10
Gratuité des protections menstruelles réutilisables et non-réutilisables pour l'ensemble des personnes en situation de précarité	10
Amendement n°5	11
Article N°19	11
Suppression de l'alinéa 17 (mesure discriminante)	11
Amendement n°6	12
Article N°20	12
Élargir les rendez-vous de prévention aux personnes mineures (Amendement Uniopss soutenu par la Fédération Addiction)	12
Amendement n°7	13
Article N°20	13
Élargir les rendez-vous de prévention aux bénéficiaires de l'Aide médicale d'État	13
Amendement n°8	14
Article N°20	14
Élargir les rendez-vous de prévention aux personnes mineures (suite) (Amendement Uniopss soutenu par la Fédération Addiction)	14
Amendement n°9	15
Article N°20	15
Renforcer la prévention en santé mentale (Amendement Uniopss soutenu par la Fédération Addiction)	15

Amendement n°10	16
Article N°20	16
Renforcer les moyens et le rôle des professionnels de santé en PMI, en milieu scolaire et en milieu professionnel pour la prévention (Amendement Uniopss soutenu par la Fédération Addiction)	16
Amendement n°11	17
Article N°20	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)	17
Amendement n°12	18
Article N°21	18
Faciliter l'accès à la C2S pour tous les bénéficiaires des minima sociaux et pour les bénéficiaires de l'AME	18
Amendement n°13	20
Article additionnel N° 21bis	20
Inclure les bénéficiaires de l'AME dans le régime général de l'Assurance Maladie (Amendement de Médecins du Monde soutenu par l'Uniopss)	20
Amendement n°14	22
Article additionnel N° 22bis	22
Fin de l'expérimentation des haltes « soins addictions » et inscription dans le droit commun (Amendement de la Fédération Addiction soutenu par l'Uniopss)	22
Amendement n°15	23
Article additionnel N°23bis	23
Compensation des surcoûts pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) du fait des nouvelles modalités d'évaluation	23
Amendement n°16	25
Article additionnel N°23ter	25
Revalorisation de l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social (Amendement d'Addictions France soutenu par l'Uniopss)	25
Amendement n°17	26
Article additionnel N°23quater	26
Attractivité dans les secteurs social, médico-social et de la santé	26
Amendement n°18	29
Article additionnel N°23quinquies	29
Conditions de travail et lutte contre les maltraitances dans les secteurs social, médico-social et de la santé	29

Amendement n°19	31
Article additionnel N°24bis	31
Un financement pérenne pour les actions de prévention des addictions (Amendement de la Fédération Addiction soutenu par l'Uniopss)	31
Amendement n°20	32
Article N°27 : Suppression de l'article N°27	32
Amendement n°21	34
Article N°30 : Suppression de l'article N°30	34
Amendement n°22	35
Article additionnel N°	35
Prolonger la période de maintien des dotations des services dans le cadre de la réforme de la tarification des Services de soins Infirmiers à domicile (SSIAD) (Amendement de l'UNA et soutenu par l'Uniopss)	35
Avis sur l'article N°37	36
Accompagner les départements volontaires pour renforcer le soutien financier aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)	36
Avis sur l'article N°38	37
Amendement n°23	39
Article N°38	39
Prévoir un financement intégral du dispositif de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce par l'assurance maladie, sans reste à charge	39
Amendement n°24	40
Article N°38	40
S'appuyer sur le déploiement du service de repérage précoce pour réaliser un état des lieux des CAMSP et CMPP puis une actualisation de leurs outils de suivi et de mesure de l'activité	40
Amendement n°25	41
Article N°38	41
Prévoir une rémunération des temps de concertation pluridisciplinaire dans le cadre du suivi des projets de parcours initiés au titre du service de repérage et d'accompagnement précoce	41
Amendement n°26	42
Article N°38	42
Amendement n°27	43
Article additionnel N°38bis	43
Instaurer un observatoire national de l'autonomie afin de mieux connaître les besoins pour adapter l'offre	43

Amendement n°28	45
Article additionnel N°38ter	45
Élargir et sécuriser les financements CNSA des conférences des financeurs pour la mise en place d'actions de prévention individuelle, notamment en lien avec le déploiement des services autonomie à domicile (SAD)	45
Amendement n°29	47
Article additionnel N°38quater	47
Abroger la barrière d'âge pour bénéficier de la prestation de compensation du handicap	47
Amendement n°30	48
Article additionnel N°38quinquies	48
Déterminer les contours d'une prestation universelle d'autonomie	48
Amendement n°31	49
Article additionnel N°38sexies	49
Étendre le bénéfice de la TVA à 5,5 % à l'habitat inclusif	49
Amendement n°32	51
Article additionnel N°38septies	51
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	51
Amendement n°33	53
Article additionnel N°38octies	53
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	53

Amendement n°1

ASSEMBLEE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023**

Article N°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 » ».

Tel est l'objet du présent amendement.

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, au-delà de la compensation des augmentations tarifaires et même de l'extension du bouclier tarifaire, 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.

Amendement n°2

ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024

Article N°17

Campagne de vaccination HPV en ESMS et amélioration de l'information

"Il est ajouté au 1° du I. du présent article, la mention "ou d'un établissement social et médico-social" après la mention "lorsqu'ils interviennent au sein d'un établissement scolaire"

Il est ajouté après le 2° du I. du présent article :

"Des temps de sensibilisation et d'information seront organisés, en amont des campagnes de vaccination, auprès des élèves et de leurs familles".

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

Il est nécessaire que ces campagnes scolaires aient également lieu dans les établissements sociaux et médico-sociaux qui accueillent des enfants en situation handicap qui ne sont pas scolarisés dans des collèges, pour que ces enfants aient également accès à cette mesure de prévention.

De plus, afin de lutter efficacement contre les informations erronées sur la vaccination, qui ont des impacts négatifs sur la santé, et que cette démarche d' « aller vers » soit bénéfique, il est nécessaire de prévoir et de financer des actions de sensibilisation et d'information efficaces dans les collèges et les établissements sociaux et médico-sociaux concernés, pour permettre aux enfants et à leur famille de prendre des décisions éclairées quant à cette vaccination.

Amendement n°3

ASSEMBLEE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article N°18**Gratuité des préservatifs pour l'ensemble des personnes en situation de précarité**

“Le 2° du présent article est ainsi modifié :

“2° Pour les assurés de moins de vingt-six ans et les bénéficiaires des minima sociaux, de la complémentaire santé solidaire et de l'Aide médicale d'État, les préservatifs inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du même Code””.

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

Si la gratuité des préservatifs pour les moins de 26 ans est une avancée certaine en matière de prévention des infections sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées, il semble que d'autres populations, en situation de précarité, devraient également bénéficier de cette gratuité : les bénéficiaires des minima sociaux dans leur ensemble, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et les bénéficiaires de l'Aide médicale d'État.

Outre le bénéfice pour la santé de ces personnes à titre individuel, ces mesures permettront de protéger plus fortement l'ensemble de la population.

La possession d'une Carte Vitale pour obtenir des préservatifs gratuitement ne doit pas être une condition, afin que les bénéficiaires de l'AME puissent également bénéficier de cette mesure de prévention.

Amendement n°4

ASSEMBLEE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article N°19**Gratuité des protections menstruelles réutilisables et non-réutilisables pour l'ensemble des personnes en situation de précarité**

“Le Code de la Sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 160-8 du Code de la Sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

“Elle comporte également la couverture des frais relatifs aux protections périodiques réutilisables inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-59 et des protections périodiques non-réutilisables pour les assurées de moins de 26 ans ou bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 ou bénéficiaires de minima sociaux ou bénéficiaires de l'Aide médicale d'État”

“17° La couverture des frais relatifs aux protections périodiques réutilisables inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-59 du Code de la Sécurité sociale et non-réutilisables pour les assurées de moins de 26 ans ou bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 ou bénéficiaires de minima sociaux ou bénéficiaires de l'Aide médicale d'État””.

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

Si la gratuité des protections hygiéniques réutilisables pour les moins de 26 ans et les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire représente une avancée en termes de lutte contre la précarité menstruelle, il semble que d'autres populations en situation de précarité devraient également bénéficier de cette gratuité : les bénéficiaires des minima sociaux dans leur ensemble et les bénéficiaires de l'Aide médicale d'État. Ainsi, cette mesure contribuerait à lutter contre les inégalités sociales dans l'accès à la santé.

De plus, ces personnes devraient avoir le choix entre des protections hygiéniques réutilisables ou non-réutilisables, d'autant plus que les protections réutilisables nécessitent d'être nettoyées régulièrement, ce qui n'est malheureusement pas facilement réalisable pour les personnes vivant à la rue, qui doivent pouvoir changer de protection hygiénique dès que cela est nécessaire, afin d'éviter les risques infectieux liés à des protections non lavées ou non stérilisées.

Amendement n°5

ASSEMBLEE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article N°19**Suppression de l'alinéa 17 (mesure discriminante)**

"L'alinéa 17, soit le 4° du présent article est supprimé".

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

Le 4° de l'article 19 propose que la prise en charge des frais relatifs aux actes et traitements liés à la préservation de la fertilité et à l'assistance médicale à la procréation pour les assurées ne soit que facultative pour les personnes qui ne sont pas atteintes d'une pathologie "altérant leur fertilité".

Exclure ces personnes de la prise en charge de ces frais serait une mesure discriminante, les causes pour avoir recours à la préservation de la fertilité et à l'assistance médicale à la procréation étant diverses, sans que cela puisse être apparenté à des soins de "confort", comme le laisse à penser cet article. De plus, certaines situations entraînent une altération de la fertilité et ne sont pas forcément reconnues comme telles.

Nous nous étonnons d'ailleurs que cet alinéa ait été ajouté dans un article qui porte sur un tout autre sujet.

Nous demandons son retrait, pour que toute personne qui ait recours à la préservation de la fertilité et à l'assistance médicale à la procréation, quelle que soit la raison de ce recours, puisse systématiquement bénéficier d'une prise en charge.

Amendement n°6

ASSEMBLEE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article N°20**Élargir les rendez-vous de prévention aux personnes mineures
(Amendement Uniopss soutenu par la Fédération Addiction)**

“À l'article L. 1411-6-2 du Code de la Santé publique, au premier alinéa, la mention “*Tous les adultes de dix-huit ans ou plus*” est remplacée par “*Toutes les personnes, mineures et majeures,*”.”

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

Nous remarquons, au préalable, que les tranches d'âge concernées par ces rendez-vous de prévention ne sont pas définies dans le présent article. Nous en avons eu néanmoins connaissance dans le projet de Stratégie nationale de Santé et dans l'exposé des motifs de l'article 17 de la LFSS 2023. Ces tranches d'âge ne couvrent pas l'ensemble du parcours de vie : on compte 15 ans entre la première tranche d'âges et la deuxième, 15 ans entre la deuxième et la troisième et 15 ans entre la troisième et la quatrième.

Nous déplorons que rien ne soit prévu dans ce texte pour les personnes de moins de 18 ans. Pourtant, la prévention doit intervenir précocement dans la vie pour être réellement efficace (bien avant 18 ans, au moment de l'enfance et de l'adolescence) et se poursuivre ensuite tout au long du parcours de vie. Il s'agit d'un levier essentiel pour lutter contre les inégalités en santé.

Concernant la prévention des addictions : cette prévention est d'autant plus efficace qu'elle intervient tôt dans la vie, à l'adolescence et donc avant 18 ans. De plus, les problématiques addictives concernent les personnes à tout âge, il est donc nécessaire que la prévention des addictions se poursuive pour l'ensemble des rendez-vous.

Amendement n°7

ASSEMBLEE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article N°20**Élargir les rendez-vous de prévention aux bénéficiaires
de l'Aide médicale d'État**

“À l'article L. 1411-6-2 du Code de la Santé publique, au premier alinéa, la mention “*et bénéficiaires de l'AME*” est ajoutée après “*proposés aux assurés*””.

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

La prévention est centrale dans la santé publique, et toute personne, qu'elle soit bénéficiaire de la Protection universelle d'Assurance maladie ou de l'Aide médicale d'État, devrait en profiter au même titre. Il en va d'un enjeu d'égalité entre toutes et tous, mais aussi d'une mesure nécessaire à la préservation de la santé de l'ensemble de la population.

De plus, renoncer à la prévention auprès des personnes bénéficiaires de l'AME, c'est augmenter considérablement les dépenses en santé sur le long terme, puisque des pathologies qui auraient pu être évitées ou contenues se développeront de façon certaine sans prévention.

Amendement n°8

ASSEMBLEE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article N°20**Élargir les rendez-vous de prévention aux personnes mineures (suite)
(Amendement Uniopss soutenu par la Fédération Addiction)**

“À l’article L. 1411-6-2 du Code de la Santé publique, au premier alinéa, la mention “, *tout au long de la vie*” est ajoutée après “à certains âges””.

Tel est l’objet du présent amendement.

Exposé des motifs

Nous remarquons, au préalable, que les tranches d’âge concernées par ces rendez-vous de prévention ne sont pas définies dans le présent article. Nous en avons eu néanmoins connaissance dans le projet de Stratégie nationale de Santé et dans l’exposé des motifs de l’article 17 de la LFSS 2023.

Ces tranches d’âge ne couvrent pas l’ensemble du parcours de vie : on compte 15 ans entre la première tranche d’âges et la deuxième, 15 ans entre la deuxième et la troisième et 15 ans entre la troisième et la quatrième. Nous déplorons que rien ne soit prévu dans ce texte pour les personnes de moins de 18 ans. Pourtant, la prévention doit intervenir précocement dans la vie pour être réellement efficace (bien avant 18 ans, au moment de l’enfance et de l’adolescence) et se poursuivre ensuite tout au long du parcours de vie. Il s’agit d’un levier essentiel pour lutter contre les inégalités en santé.

Concernant la prévention des addictions : cette prévention est d’autant plus efficace qu’elle intervient tôt dans la vie, à l’adolescence et donc avant 18 ans. De plus, les problématiques addictives concernent les personnes à tout âge, il est donc nécessaire que la prévention des addictions se poursuive pour l’ensemble des rendez-vous.

Amendement n°9

ASSEMBLEE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article N°20**Renforcer la prévention en santé mentale
(Amendement Uniopss soutenu par la Fédération Addiction)**

“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”*”.

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

Nous déplorons que la prévention en santé mentale soit très peu présente dans ce PLFSS 2024, malgré l'urgence 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 seront précisés réglementairement, ce qui ne permet pas d'assurer à ce stade qu'une attention particulière sera portée à la santé mentale, qui est pourtant une priorité annoncée par les pouvoirs publics. Il est nécessaire que la prévention en santé mentale soit centrale dans chacun des rendez-vous de prévention... À cette fin, il est nécessaire d'accompagner la formation et sensibilisation de l'ensemble des professionnels en lien avec les jeunes. 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 à tous les niveaux de la société.

Amendement n°10

ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024

Article N°20

Renforcer les moyens et le rôle des professionnels de santé en PMI, en milieu scolaire et en milieu professionnel pour la prévention (Amendement Uniopss soutenu par la Fédération Addiction)

“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”*”.

Tel est l'objet du présent amendement.

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°11

ASSEMBLEE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article N°20**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)**

“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*””.

Tel est l’objet du présent amendement.

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°12

ASSEMBLEE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article N°21**Faciliter l'accès à la C2S pour tous les bénéficiaires
des minima sociaux et pour les bénéficiaires de l'AME**

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

1° Le dernier alinéa de l'article L. 861-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

“Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au 2° du même article L. 861-1, dans des conditions déterminées par décret :

“1° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 815-1 ainsi que leur conjoint, leur concubin ou le partenaire auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité, à condition qu'ils n'aient pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une période de référence ;

“2° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 815-24 ainsi que leur conjoint, leur concubin ou le partenaire auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité, à condition qu'ils n'aient pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une période de référence ;

“3° Les bénéficiaires de l'allocation prévue aux articles L. 821-1 et L. 821-2 versée à taux plein, vivant seuls et sans enfant à charge, à condition qu'ils n'aient pas exercé d'activité salariée ou indépendante ou une activité dans un établissement ou service d'aide par le travail mentionné par le 5° du I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles, pendant une période de référence et ne bénéficient pas à la fois du complément de ressources prévu à l'article L. 821-1-1 du présent Code dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019 et de l'une des aides personnelles au logement prévues à l'article L. 821-1 du Code de la construction et de l'habitat ;

“4° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 5423-1 du Code du travail, vivant seuls et sans enfant à charge ;

“5° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 5131-6 du Code du travail lorsqu'ils constituent ou sont rattachés à un foyer fiscal non imposable à l'impôt sur le revenu ;

“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

“9° Les bénéficiaires de l'aide prévue à l'article L. 251-1 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 2024 pour l'ensemble des bénéficiaires mentionnés au I “.

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

L'article 21 cherche 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 sont encore 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, et également d'élargir cette mesure pour les bénéficiaires de l'Aide médicale d'État.

Par mesure d'équité, nous proposons que cette disposition soit mise en place en même temps pour l'ensemble de ces bénéficiaires.

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

Amendement n°13

ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024

Article additionnel N° 21bis

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.»

Tel est l'objet du présent amendement.

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 les plans humains, administratifs, économiques et de santé publique, aggravées par la réforme des droits de santé adoptée fin 2019. Les personnes en précarité qui ont des droits potentiels

à l'AME sont confrontées de multiples obstacles pour l'ouverture et le maintien de leur droit. Le taux de non recours à l'AME de 49 %¹. L'accès à la prévention et aux soins de ces personnes est difficile, alors mêmes qu'elles cumulent de nombreux facteurs de vulnérabilité et d'exposition aux risques de santé. L'ensemble de ces difficultés sont exacerbées depuis la crise Covid 19. Les droits et les barrières financières à l'accès aux soins sont reconnus depuis longtemps comme des déterminants de santé à part entière². Il faut donc rendre plus simple le dispositif d'accès à la couverture maladie et à la part complémentaire pour garantir son effectivité.

De nombreuses institutions recommandent depuis plusieurs années d'inclure les bénéficiaires de l'AME dans le régime général de l'Assurance maladie, dont l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale de finances en 2010³, le Défenseur des droits en 2014 et 2021⁴ et l'Académie nationale de médecine en 2017⁵. 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**⁶. 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 œuvrant pour un accès facilité de toutes et tous aux droits, à la prévention et aux soins. 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'accueil, d'information et de prévention, et non à l'analyse devenue hypercomplexe et chronophage des situations administratives au regard du séjour. Ce serait une mesure de santé publique majeure améliorant la prévention et la promotion de la santé ainsi que 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 un accès aux soins moins tardif et en supprimant le coût de gestion du dispositif spécifique de l'AME. Le présent amendement propose en conséquence de supprimer la condition de régularité du séjour pour être au régime général de la sécurité sociale.

¹ <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>

² Haut Conseil de la santé publique : « Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité », La Documentation française, 2010.

³ 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.

⁴ 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.

⁵ Académie nationale de médecine : [rapport-Précarité-pauvreté-et-santé-version-21-juin-2017\).pdf](#)

⁶ 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.

Amendement n°14

ASSEMBLEE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article additionnel N° 22bis

**Fin de l'expérimentation des haltes « soins addictions »
et inscription dans le droit commun
(Amendement de la Fédération Addiction soutenu par l'Uniopss)**

Après l'article 22, insérer l'article suivant :

“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 “À 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”.

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

Dans la suite de l'article 22, 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 :

- ▶ 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, ou d'abcès, d'avoir une overdose, d'aller aux urgences, de s'injecter dans l'espace public et de commettre des délits.
- ▶ les haltes “soins addictions” permettent d'économiser 11 millions d'euros sur 10 ans sur les coûts médicaux chez les usagers fréquentant ces dispositifs,
- ▶ 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,
- ▶ 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 et dans la mesure où l'article 22 aborde la pérennisation des dispositifs prenant fin en 2023, 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°15

ASSEMBLEE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article additionnel N°23bis**Compensation des surcoûts pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) du fait des nouvelles modalités d'évaluation**

Après l'article 23, insérer l'article suivant :

"L'article L. 312-8 du Code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

"Dans un objectif d'amélioration continue de la qualité, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 évaluent et font procéder à l'évaluation de la qualité des prestations qu'ils délivrent selon une procédure élaborée par la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du Code de la Sécurité sociale. Les organismes pouvant procéder à cette évaluation sont habilités par la Haute Autorité de santé, qui définit le cahier des charges auquel ils sont soumis. Les résultats de cette évaluation sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation ainsi qu'à la Haute Autorité de santé. Un décret détermine les modalités de leur publication ainsi que le rythme des évaluations. Le coût de ces évaluations est compensé pour les établissements sociaux et médico-sociaux par leur autorité de tarification"

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

En février 2023, l'Uniopss a coordonné un courrier commun, signé par 27 associations des secteurs sanitaire, social et médico-social, pour demander à la Première ministre Élisabeth Borne que les surcoûts pour les ESSMS entraînés par la réforme de leur évaluation soient compensés. Cette lettre, restée sans réponse, a été rendue publique et reprise à de nombreuses reprises⁷.

En effet, les nouvelles modalités d'évaluation entraînent une augmentation des coûts pour les ESSMS, du fait des nouvelles exigences en matière de professionnalisme et d'indépendance des évaluateurs induites par la réforme. Elles impliquent une mobilisation des professionnels des ESSMS sur une durée plus importante (temps allongé des évaluateurs sur place, multiplication des entretiens, nécessité pour les professionnels de s'approprier le nouveau référentiel...), et à un rythme plus soutenu (les évaluations ayant désormais lieu tous les 5 ans).

De plus, la restructuration du marché des organismes évaluateurs implique un coût moyen plus élevé, puisque le nombre d'organismes évaluateurs a diminué du fait du double système d'accréditation par le COFRAC et d'habilitation par la HAS. Ces craintes sont aujourd'hui confirmées par les premiers retours que nous avons des acteurs de terrain, qui reçoivent des propositions plus onéreuses de la part des organismes évaluateurs externes. Dans l'ancien cadre réglementaire, les évaluations externes coûtaient en moyenne 8 000 euros en fonction de la taille de l'ESSMS et d'un éventuel contrat cadre

⁷ Voir, par exemple, l'[article du Média Social](#) à ce sujet.

(le dernier bilan ANESM fin 2014 indiquait des prix moyens TTC variant entre 3 519,60 euros correspondant à 3,7 journées/personne pour un SAAD et 7 718,50 euros correspondant à 7,3 journées/personne pour un Ehpad), tandis que les premiers retours de terrain nous indiquent un montant des prix de journées pouvant aller jusqu'à 1 700 euros (HT) par jour, cette estimation restant à être affinée dans les mois à venir.

Aussi, alors que dans le passé, des crédits non renouvelables pouvaient être mobilisés pour compenser les surcoûts liés aux évaluations⁸, cela n'est à ce jour pas une solution envisagée par l'État. Ainsi, un amendement à l'article 32 du PLFSS pour 2023 prévoyant que la charge financière des évaluations soit intégrée au CPOM avait été adopté au Sénat, mais celui-ci n'a pas été retenu par votre gouvernement.

Sans mesures de compensation, les ESSMS seront dans l'obligation d'assumer des frais supplémentaires, au détriment d'autres postes de dépenses. In fine, c'est l'amélioration de la qualité de service visée par la réforme de l'évaluation qui risque d'être remise en question, les surcoûts pouvant induire de manière indirecte une dégradation des prestations proposées aux personnes accueillies et accompagnées et conduire à des actes de maltraitance au regard de la définition de la loi du 7 février 2022.

Nous souhaitons par ailleurs rappeler que les difficultés financières rencontrées par de nombreux ESSMS sont déjà d'une très grande ampleur dans le contexte inflationniste actuel.

De plus, il a été constaté que des CNR pouvaient être mobilisés par les Dreets pour compenser les surcoûts des structures sociales, à leur demande. Concernant le secteur médico-social, il semblerait que les ARS puissent également mobiliser des CNR pour soutenir des établissements et services pour le financement de leurs évaluations. Toutefois, ces pratiques sont très hétérogènes selon les territoires. En toute hypothèse, un tel soutien n'est pas prévu dans les campagnes budgétaires relatives aux secteurs du grand âge et du handicap. Il en va donc également de l'égalité entre les territoires et entre les secteurs social et médico-social.

⁸ Voir le rapport « [Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux](#) », IGAS, juin 2017.

Amendement n°16

ASSEMBLEE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article additionnel N°23ter**(Amendement d'Addictions France soutenu par l'Uniopss)**

Après l'article 23, ajouter un article ainsi rédigé :

I. – L'ensemble des professions techniques, administratives et logistiques du secteur social et médico-social, perçoit, à compter du 1er janvier 2024 une prime de revalorisation de 183 € nets mensuels au titre des revalorisations salariales faisant suite au Ségur de la santé et aux accords Laforcade et du 02 mai 2022 et ayant déjà donné lieu aux décrets : n° 2022-738 du 28 avril 2022, n° 2022-741 du 28 avril 2022 et n° 2022-728 du 28 avril 2022.

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 prévues à l'article L313-19 du Code d'imposition des biens et des services.

III. – La perte de recettes pour les collectivités territoriales est compensée à due concurrence par la majoration de la dotation globale de fonctionnement et, corrélativement pour l'État, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les boissons alcooliques prévues à l'article L313-19 du Code d'imposition des biens et des services.

IV. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de la contribution sur les boissons alcooliques prévue à l'article L 245-9 du Code de la Sécurité sociale".

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

Cet amendement a pour objectif d'alerter sur les professionnels « oubliés du Ségur de la Santé », des accords "Laforcade" et celui du 02 mai 2022.

Malgré ces différentes revalorisations salariales successives, certains professionnels restent encore exclus de la hausse de salaire de 183 € net mensuels. Il s'agit en particulier : des personnels administratifs (secrétaires, comptables...) ; des personnels techniques (cuisiniers, chauffeurs...) ; des assistants familiaux ; des directeurs d'établissements et services sociaux et médico-sociaux...

D'abord limitées aux personnels médicaux des établissements de santé et des Ehpad, les revalorisations se sont ensuite étendues aux personnels soignants du secteur social et médico-social non lucratif, puis aux professionnels de la filière socio-éducative, à savoir les travailleurs sociaux. Mais les retards pris ont créé des distorsions entre établissements, avec des départs qui auraient pu être évités. Et l'existence, deux ans après le début de la crise, de nombreux "oubliés du Ségur" créent aussi des tensions au sein des établissements. Il n'est pas acceptable qu'encre un tiers des personnels des établissements et services du secteur médico-social et social soit exclu de cette reconnaissance salariale. Cet amendement vise l'équité entre les professionnels de ces secteurs.

Amendement n°17

ASSEMBLEE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article additionnel N°23quater**Attractivité dans les secteurs social, médico-social et de la santé**

Après l'article 23, insérer un article ainsi rédigé :

"I. Réaliser une étude prospective nationale basée sur un état des lieux partagé, par les acteurs des territoires sur les besoins en recrutement des secteurs social, médico-social et sanitaire d'ici 2030. Cette étude devra croiser :

- ▶ Les données liées aux départs des professionnels ;
- ▶ Les entrées et sorties en formation ;
- ▶ Toutes les données permettant de se projeter sur les besoins grandissants en nombre de personnes accompagnées (leur nombre, démographie, lieux de vie, pourcentage de personnes vivant sous le seuil de pauvreté, augmentation du nombre d'enfants bénéficiant d'une mesure de protection...) en intégrant les besoins sur une couverture nationale et les spécificités des territoires sur une échelle de bassin de vie.

Sur la base de cette étude, décliner à l'échelle locale un plan opérationnel pluriannuel, global et territorialisé co-signé par les départements, l'ARS, le conseil régional, sur les volets formation et recrutement, et les effecteurs de service. Il prendra en compte la transversalité des métiers des secteurs sanitaire, social et médico-social et sera basé sur les besoins quantitatifs et qualitatifs. Il prévoira des actions concrètes et propres au territoire permettant de garantir la revalorisation et l'attractivité des métiers de ces trois secteurs interdépendants. Ce plan devra permettre de construire la stratégie de recrutement en phase avec les besoins et d'organiser l'appareil de formation en conséquence, en s'appuyant sur une approche globale, concertée et complémentaire entre les acteurs et institutions ressources au sein des territoires.

II. Développer une stratégie territoriale partagée des acteurs en matière de recrutement, et ce notamment pour mieux cibler les demandeurs d'emploi en mettant l'accent sur une orientation voulue et choisie par le candidat.

III. Créer un contrat d'engagement de service d'intérêt social, inspiré du contrat d'engagement de service public (CESP) existant pour les études de médecine, mais adapté dans sa mise en œuvre. Celui-ci porterait sur les métiers particulièrement critiques, sur lesquels une pénurie est attendue et prévisible dans les prochaines années ; les étudiants concernés pourraient contractualiser pour servir tant dans le secteur public qu'associatif.

IV. Permettre aux établissements d'être stratèges de leurs politiques RH et non seulement gestionnaires de celles-ci, en leur garantissant des moyens pour concevoir et mettre en œuvre les mesures permettant de recruter et de fidéliser sur leurs métiers en tension et leurs métiers stratégiques (qui dépendent fortement du contexte territorial). Cela se traduira notamment par l'organisation régulière de véritables dialogues de gestion dans le cadre des CPOM.

V. Soutenir financièrement des démarches de QVCT et de RSE dans les associations et améliorer les marges de manœuvre financières des ESMS, pour être en mesure d'agir résolument sur les conditions de travail.

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

VII. Adapter le cadre légal pour réguler le recours à l'intérim dans notre secteur d'activité, à l'instar de l'encadrement de l'intérim médical et des contrats de gré à gré ou de vacation entrés en vigueur dans les hôpitaux le 3 avril 2023.

VIII. Soutenir les associations par des financements et toutes les actions visant à accompagner les structures dans la mise en œuvre de démarches de prévention pour lutter contre la sinistralité et l'absentéisme".

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

Les professionnels des secteurs médico-social, social et sanitaire doivent faire face à plusieurs phénomènes qui entraînent une complexité accrue de l'exercice de leurs métiers : alourdissement de la charge en soins des personnes accueillies, participation et attentes plus importantes des personnes accompagnées et de leurs familles, recomposition du paysage sanitaire et médico-social et développement des accompagnements. Dans ce contexte, on observe donc une évolution très défavorable de plusieurs indicateurs : augmentation de l'absentéisme et du taux de sinistralité (des risques accrus d'accidents du travail, d'invalidité et de maladies professionnelles), ainsi que des troubles musculosquelettiques (TMS), l'une des principales causes d'arrêt de travail et d'inaptitude médicale des salariés. Pour rappel, les facteurs de risques des TMS regroupent les facteurs biomécaniques (répétition, effort excessif, travail statique, posture contraignante) mais également les facteurs psychosociaux (stress, charge mentale de la tâche, manque d'autonomie, impression de ne pas être perçu à sa juste valeur). En France, le secteur médico-social occupe la première place en termes d'affections psychiques, de troubles musculosquelettiques et d'accidents du travail. Ainsi, depuis 2017, on reconnaît que le secteur le plus touché par le stress professionnel est justement celui de la santé humaine et des actions sociales... Pas moins de 42 % des salariés du soin, qu'il soit médical ou social, disent ressentir des « tensions extrêmes ».

Soumis à des injonctions paradoxales permanentes et à une incapacité à mener à bien leurs accompagnements (conditions de travail dégradées, temps moindre pour réaliser les bons gestes et utiliser les bonnes postures, situations de maltraitance tant pour les personnes accompagnées que pour les professionnels), pouvant même de fait devenir, bien malgré eux et à leur grand désarroi, maltraitants avec les personnes qu'ils accompagnent, nombre de travailleurs sociaux quittent un secteur où les salaires sont, en plus, très insuffisants étant donnée le degré élevé de responsabilité.

Car effectivement, face à une grande démotivation des professionnels et à l'érosion progressive de la qualité de l'emploi, l'usure (renforcée par la (dés)organisation des services, les horaires décalés, le manque de RH), l'épuisement et le sentiment de non reconnaissance ont atteint un tel degré que beaucoup interrogent leur évolution professionnelle, que ce soient les professionnels dits de terrain mais aussi les équipes encadrantes. On observe un découragement par rapport à un monde du travail exigeant, et qui, en échange, n'apporte ni sens, ni innovation, ni un pouvoir d'achat rassurant et valorisant, générant même une forte frustration et un profond mal-être ressenti par les organisations et les salariés de ces secteurs, surtout s'agissant de métiers à sens comme ceux de l'accompagnement de personnes vulnérables. La reconnaissance de l'État doit être à la hauteur de l'action engagée par tous ces professionnels et ces associations. Améliorer la qualité de vie et les conditions de travail des professionnels par tous les moyens : horaires de travail, équilibre vie privée/vie professionnelle,

mobilité géographique, lieu d'exercice adapté, prévention des risques, déploiement d'un accueil, intégration et facilitation d'hébergement des professionnels ou d'emploi pour le conjoint, plus grande autonomie dans la gestion du temps et des tâches etc.

Quant aux salariés toujours en poste, ils doivent travailler en équipes réduites, au détriment de la qualité des accompagnements qu'ils proposent. Les professionnels de ces secteurs aspirent désormais à davantage d'autonomie, mais aussi de soutien et de solutions face aux difficultés qu'ils rencontrent dans leur pratique professionnelle.

D'autant que dans les années à venir, le vieillissement de la population occasionnera des besoins supplémentaires en matière de santé et d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Ce qui devrait entraîner d'importantes créations de postes dans l'ensemble des professions de santé et d'aide aux personnes fragiles (aides-soignants, infirmiers, aides à domicile etc.).

De plus, les cohortes les plus nombreuses dans l'emploi quitteront définitivement le marché du travail – essentiellement pour partir en retraite – et leur poids démographique est tel qu'il détermine largement les besoins de recrutement dans les métiers : neuf postes à pourvoir sur dix à l'horizon 2030 le seraient du fait des postes laissés vacants par les seniors qui quitteront le marché du travail.

Les déséquilibres anticipés entre besoins et ressources en main-d'œuvre pourraient ainsi se résorber si l'attractivité liée aux conditions de travail et au niveau de rémunération s'améliore (métiers de l'accompagnement et du soin, services à la personne etc.)

Pour attirer les jeunes et les actifs dans des métiers où les besoins sont en croissance, la formation a un rôle essentiel à jouer mais les processus de recrutement et l'attractivité des métiers sont aussi en cause. Il faut construire un monde professionnel attractif et durable.

Amendement n°18

ASSEMBLEE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article additionnel N°23quinquies**Conditions de travail et lutte contre les maltraitements
dans les secteurs social, médico-social et de la santé**

Après l'article 23, insérer un article ainsi rédigé :

I. Inscrire dans les LFSS le budget pour financer les actions dédiées à la lutte contre les maltraitements, 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 *scenarii* 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.

Il est aujourd'hui vital de doter les structures sociales, médico-sociales et sanitaires des financements supplémentaires pour pouvoir embaucher suffisamment de personnel, avec des rémunérations à la hauteur de leur utilité sociale, de 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°19

ASSEMBLEE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article additionnel N°24bis**Un financement pérenne pour les actions de prévention des addictions
(Amendement de la Fédération Addiction soutenu par l'Uniopss)**

Après l'article 24, insérer l'article suivant :

“À l'article L162-1-12-1 du Code de la Sécurité sociale, après la dernière phrase du premier paragraphe, est insérée une phrase ainsi rédigée :

“Le financement des actions de prévention des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie prévues par l'Article L3411-6 du Code de la santé publique est assuré par le versement d'une dotation assurée chaque année sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social spécifique”.

Tel est l'objet du présent amendement.

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. Pourtant, à ce jour, ces missions ne sont pas financées de manière pérenne et dépendent uniquement d'appels à projet. Ce système des appels à projet pour seulement deux ou trois ans de mise en œuvre effective ne permet pas une inscription dans la durée des mesures de prévention, durée pourtant essentielle à leur réussite. Ce déficit de moyens pérennes ne permet pas aux structures d'addictologie de mettre en œuvre 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 fragiles et à risques. Les CSAPA sont également privés de la possibilité de lancer des actions complémentaires à la prévention (réduction des risques, intervention précoce, renforcement des compétences psychosociales, approches expérientielles...).

C'est notamment le cas des actions en direction des jeunes : actuellement, l'effectif moyen des consultations jeunes consommateurs en CSAPA est inférieur à 1 équivalent temps plein, et leur budget annuel de fonctionnement est inférieur à 50 000 €. Beaucoup de ces consultations 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 dans leur contexte de vie.

Financer sur l'ONDAM les actions de prévention favorisait une prise en charge 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°20

ASSEMBLEE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article N°27**Suppression de l'article N°27**

“Le présent article est supprimé”.

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

L'article 27 est problématique à plusieurs égards :

Le risque d'empirer les situations - déjà importantes - de non-recours

À l'heure où la lutte contre le non-recours et la non-effectivité des droits sociaux est présentée comme une priorité, le présent article introduit un climat de méfiance vis-à-vis des personnes qui, parce que leur état de santé le justifie, bénéficient d'un arrêt de travail et d'indemnités journalières.

Les causes de l'augmentation des arrêts de travail sont à chercher ailleurs que dans une supposée complaisance des professionnels de santé

Les données attestent, certes, d'une augmentation du nombre d'arrêts de travail et d'une augmentation des montants des indemnités journalières. Néanmoins, aucune étude sérieuse ne confirme qu'il s'agit là de la conséquence d'une soi-disant complaisance dans la délivrance des arrêts de travail. Cela semble être plutôt dû au vieillissement de la population (ce qui, par ailleurs, devrait être exacerbé avec la réforme des retraites 2023 qui entraînera de fait une augmentation des arrêts de travail, puisque les personnes seront contraintes de travailler à un âge plus avancé), à l'augmentation du taux d'emploi et à l'augmentation moyenne des salaires.

Un article qui menace le secret médical, le consentement du patient, le libre choix du professionnel de santé par le patient et le droit du travail

De plus, la possibilité pour l'employeur d'organiser des « contre-visites » auprès des personnes salariées en arrêt représenterait une menace pour le secret médical et pour le consentement du patient, qui se verrait contraint à être examiné une seconde fois, à la demande de son employeur. Le patient ne disposerait plus de son libre choix de professionnel de santé non plus, dans cette situation. Cette mesure pourrait être particulièrement problématique dans les situations de harcèlement au travail et pourrait mener à de graves abus dans certaines situations. Il n'est également pas du ressort d'un employeur de remplir ce rôle de contrôle auprès de ses salariés.

Le temps médical est déjà fortement contraint

Il est également étonnant d'envisager de doubler des visites médicales avec ces « contre-visites », alors même que le temps médical est si contraint et vient déjà à manquer. Cela n'entraînerait, à notre sens, qu'une augmentation du déficit de l'Assurance Maladie, et ne participerait donc pas à le résorber contrairement à ce qui semble être l'objectif de cet article.

Nous encourageons plutôt les pouvoirs publics à renforcer les moyens de la médecine du travail, dont le rôle dans la prévention est essentiel, et qui peine à remplir ses missions faute de moyens financiers et humains suffisants.

Une aberration quant aux motifs les plus courants des arrêts de travail

Enfin, d'après le *Baromètre annuel Absentéisme 2022*⁹, les arrêts de travail sont délivrés essentiellement pour des maladies aiguës, à l'instar de la grippe et du rhume : il nous paraît important, pour limiter la contamination de ces maladies fortement transmissibles, de ne pas contraindre les personnes malades à venir travailler. La deuxième cause d'arrêt maladie la plus fréquente, selon cette étude, concerne les troubles de santé mentale, notamment causés par le surmenage : il est choquant d'imaginer qu'une personne puisse être contrainte de subir une contre-visite de son employeur car ce dernier aurait des soupçons sur la fiabilité de son arrêt de travail, et ce d'autant plus si le travail est la cause du surmenage et donc de l'arrêt maladie. Enfin, la troisième cause la plus fréquente concerne les aidants qui ont un enfant malade : ici encore, il serait plus judicieux de renforcer les moyens pour accompagner les aidants dans leur quotidien, plutôt que de multiplier les contrôles, qui paraissent infondés.

⁹ [Regards croisés salariés et dirigeants face à l'arrêt maladie élaboré par Malakoff Humanis.](#)

Amendement n°21

ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024

Article N°30

Suppression de l'article N°30

“Le présent article est supprimé”.

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

Le présent article propose de contraindre les patients à utiliser des transports partagés pour leurs rendez-vous de santé. Nous craignons sérieusement que cette mesure n'entraîne une augmentation des phénomènes de non-recours aux soins, puisqu'elle rendra très complexe l'accès à ces rendez-vous (augmentation des temps d'attente pour les patients et du temps de trajet, transports non-adaptés aux besoins spécifiques des patients, notamment pour les personnes en situation de handicap etc.).

Il paraît indispensable de créer un observatoire national du transport sur le champ de l'accompagnement des personnes en situation de handicap compte tenu, notamment, de l'explosion des frais liés à ce poste de dépenses dans les ESMS du secteur.

Amendement n°22

ASSEMBLÉE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article additionnel N°**Prolonger la période de maintien des dotations des services
dans le cadre de la réforme de la tarification des Services
de soins Infirmiers à domicile (SSIAD)
(Amendement de l'UNA et soutenu par l'Uniopss)**

L'article 68 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la Sécurité sociale pour 2023 est ainsi modifié :

À la suite du troisième alinéa du IV de l'article 68 est inséré la phrase suivante :

« Pour les exercices 2023 à 2025, lorsque le montant de la somme mentionnée au premier alinéa du présent IV est inférieur au montant de la dotation perçue en 2022 par le service concerné, le directeur général de l'agence régionale de santé fixe une dotation égale à celle de 2022. »

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

La réforme du financement de l'activité de soins infirmiers à domicile, entrée en vigueur le 1er janvier 2023, constitue une avancée essentielle pour permettre de doter ces services des moyens d'intervenir auprès de personnes souhaitant demeurer à domicile quel que soit leur état de santé ou leur situation de handicap. Ainsi cette réforme s'inscrit pleinement dans le contexte du virage domiciliaire en articulation avec la création de 25 000 places de soins infirmiers à domicile d'ici 2030 et avec le déploiement des services autonomie à domicile.

Pour autant, les nouvelles règles de financement en mettant en place une part variable valorisant la complexité des situations implique que des services pourraient s'avérer perdant et voir diminuer leurs ressources selon les caractéristiques de leur patientèle. C'est pourquoi le déploiement de la réforme a prévu une période de protection de deux ans, couvrant les années 2023 et 2024, garantissant aux services un maintien des financements afin de leur permettre de réorienter leur activité, le but étant qu'au sortir de cette période de protection, il n'y ait pas de « perdants ».

Néanmoins, les nombreux retards dans la mise en œuvre de la réforme et notamment la mise en ligne de l'outil de simulation de l'ATIH le 7 août 2023 et la publication au Journal Officiel le 21 septembre 2023 de l'arrêté fixant les paramètres financiers pour l'année 2023 n'ont pas permis aux services de mettre à profit l'année 2023 pour faire évoluer leur activité. Dans les faits, ce délai de deux ans a été fortement rabaissé.

Dès lors, afin de garantir la réussite de la réforme et d'aborder sereinement la transformation des services de soins infirmiers à domicile en services autonomie à domicile, et au vu du temps nécessaire pour faire évoluer une patientèle, d'autant plus long dans la période de crise d'attractivité que traversent les services, il est nécessaire de prolonger la période de protection à l'année 2025. C'est l'objet du présent amendement.

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024

Avis sur l'article N°37

Accompagner les départements volontaires pour renforcer le soutien financier aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)

Nous souhaitons attirer votre attention sur l'article 37 du projet de Loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) intitulé "Accompagner les départements volontaires pour renforcer le soutien financier aux Ehpad". Tout en reconnaissant l'importance de soutenir nos Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (Ehpad), nous sommes profondément préoccupés par la manière dont cette réforme est formulée.

Actuellement, les Ehpad font face à des crises financières graves qui menacent leur capacité à fournir des soins de qualité et un soutien adéquat à nos aînés. De nombreux établissements risquent même la cessation de paiement, ce qui met en danger l'accueil de nos concitoyens les plus vulnérables. Dans ce contexte critique, il est essentiel que toute mesure visant à soutenir les Ehpad soit conçue avec cohérence, assortie d'un financement adéquat et d'une clarté absolue.

Malheureusement, l'article 37, tel qu'il est actuellement rédigé, ne répond pas à ces exigences cruciales. Au lieu de renforcer de manière significative le soutien financier aux Ehpad, il ouvre la porte à une série d'incertitudes qui pourraient compromettre gravement la stabilité financière de ces établissements. En outre, il repose en grande partie sur des réglementations futures qui, à l'heure actuelle, demeurent floues et imprécises.

La réforme préconise la fusion des sections soins et dépendance au sein des Ehpad, dans les départements volontaires. Cette fusion aboutirait à la création de deux sections distinctes : l'une consacrée aux soins et à l'autonomie des résidents, financée par la branche autonomie, et l'autre regroupant les dépenses liées au fonctionnement et à l'hébergement, financée par les résidents eux-mêmes, avec quelques éventuelles aides.

Le problème majeur réside dans le flou qui entoure la répartition des coûts entre ces deux sections. Les détails clés, tels que la manière dont les coûts seront répartis, quels types de dépenses seront inclus ou exclus, et comment les contributions individuelles seront calculées, restent à définir par voie réglementaire. Cette incertitude crée un environnement instable et incertain pour les gestionnaires d'Ehpad, qui doivent anticiper et planifier leurs budgets en fonction de règles qui n'ont pas encore été établies et en fonction de stratégies politiques départementales variables.

En effet, cette réforme risque de créer des inégalités manifestes entre les résidents d'Ehpad, en fonction du département dans lequel ils résident. Cette situation contrevient au principe fondamental d'égalité d'accès aux soins et aux services pour tous nos aînés, indépendamment de leur lieu de résidence.

En outre, cette réforme aura un impact significatif sur les gestionnaires d'Ehpad, les obligeant à s'adapter à un paysage réglementaire changeant et incertain. Ils devront jongler avec des règles complexes, qui différeront d'un département à l'autre, ce qui entraînera une charge administrative considérable et des coûts de conformité plus élevés.

Dans ce contexte, nous appelons fermement à l'ouverture d'un dialogue constructif avec l'ensemble des parties prenantes, notamment les gestionnaires d'Ehpad. Il est essentiel de concevoir des mesures appropriées, prévisibles et financées de manière adéquate pour soutenir nos Ehpad dans cette période critique.

ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024

Avis sur l'article N°38

Cette proposition d'un service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce concrétise un engagement de la Conférence Nationale du Handicap (CNH) 2023. Mobilisable en amont d'une décision préalable par la MDPH, ce service doit garantir des interventions rapides et adaptées à chaque situation de handicap, apporter un soutien aux parents ainsi qu'aux représentants légaux des enfants concernés.

Le déploiement d'une logique de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce à tous les enfants quels que soient leurs handicaps ou suspicions de handicaps en articulation avec les dispositifs préexistants est une avancée notable, que nous saluons.

Néanmoins, des questions et points de vigilance subsistent.

En premier lieu, le futur décret d'application de cette mesure législative devra impérativement prévoir des modalités concrètes d'articulation entre ce nouveau service et les dispositifs actuels (PCO, CAMSP, CMPP, EDAP, etc.). Ce futur décret, ainsi que le futur cahier des charges du dispositif, devra faire l'objet de travaux collectifs pour lesquels une représentation large des acteurs du secteur est indispensable.

Selon l'étude d'impact publiée par le Gouvernement, les CAMSP auront « *une place privilégiée* » dans l'organisation et le portage de ce futur service (d'où des modifications du schéma de financement entre l'Assurance maladie et les départements, tout en maintenant une articulation avec les dispositifs spécifiques suivant la nature des troubles identifiés. Il est nécessaire de mener des travaux approfondis sur les besoins de ces établissements qui seront fortement mobilisés dans le cadre du déploiement de ce nouveau service.

Pour déployer le service le plus adapté aux besoins des enfants et des familles sur les territoires, il est important de s'appuyer sur des données qualitatives et quantitatives remontées des actuels CAMSP et CMPP. Or, actuellement, la CNSA rencontre de nombreuses difficultés techniques pour recueillir et analyser les rapports d'activités des CAMSP et CMPP. Ces difficultés sont dénoncées depuis des mois par les associations et il est aujourd'hui nécessaire de relancer les travaux sur ce sujet, et en lien étroit avec le déploiement de ce nouveau service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce.

Il sera également nécessaire de faire reposer les travaux d'élaboration du futur service sur la base d'une réelle évaluation des besoins sur les territoires (nécessité d'avoir des données qualitatives et quantitatives agrégées et analysées).

Parmi les points d'attention, il est à noter que le déploiement d'un tel service devrait s'accompagner de financements à la hauteur, permettant un reste à charge nul pour les familles. Dans le cas contraire, cela pourrait constituer un frein à la mobilisation de ce nouvel outil et par conséquent à des pertes de chances pour l'enfant de bénéficier d'un repérage, bilan et parcours d'intervention précoce.

Outre l'octroi de moyens supplémentaires, il est important de pouvoir mobiliser sur le territoire un réseau de professionnels en nombre suffisants (du soin, du social et du médico-social), formés et coordonnés. En dépit des réelles avancées de cette mesure, les effets seront maigres s'il n'y a pas de professionnels à mobiliser sur les territoires, notamment en raison du manque d'attractivité des métiers.

Par ailleurs, l'une des conditions d'effectivité de ce service de diagnostic et d'intervention précoces est la participation d'une équipe pluridisciplinaire et donc de temps de coordination entre les différents acteurs pour dresser le diagnostic le plus précis. Or, aujourd'hui, les professionnels libéraux sont difficiles à mobiliser dans les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) pour ces temps de coordination. À ce titre, parmi les amendements présentés ci-dessous figure la demande d'un financement de temps de coordination des professionnels, à l'image des RCP (Réunion de concertation pluridisciplinaire) existant en médecine.

Enfin, il serait judicieux de préciser dans l'article que les structures de la protection de l'enfance sont associées à ce nouveau service, les enfants de l'Aide Sociale à l'Enfance devant compter parmi les premiers bénéficiaires de ces actions précoces, par le biais d'une mention au bilan de santé et de prévention prévu à l'article L223-1-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Amendement n°23

ASSEMBLÉE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article N°38**Prévoir un financement intégral du dispositif de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce par l'assurance maladie, sans reste à charge**

Au 2° du II de l'article L.2134-1, remplacer les mots : « La participation de l'assuré aux frais mentionnés au 10° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle à tout ou partie de ces frais ou forfaitaire. Le taux ou montant de cette participation est défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. » par les mots :

« L'article L. 2112-8 du Code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Par dérogation au premier alinéa du présent article, les régimes d'assurance maladie financent l'intégralité des dépenses relatives au parcours mentionné à l'article L. 2134-1 du même Code ».

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

Pour que le plus grand nombre puisse bénéficier des acquis et avancées de ce nouveau parcours, et dans un contexte économique de plus en plus contraint, il est indispensable que son activation soit sans reste à charge pour toutes les familles.

Aujourd'hui, le recours à une complémentaire santé est de plus en plus coûteux et il est nécessaire de prendre en compte les situations dans lesquelles l'éventualité d'un reste à charge serait un frein à la mobilisation par les familles ou par les représentants légaux de ce dispositif.

En ce sens, il est proposé que le parcours créé au nouvel article L.2134-1 du Code de l'action sociale et des familles puisse être, comme c'est le cas pour les PCO, garanti sans reste à charge et intégralement pris en charge par l'assurance maladie.

Amendement n°24

ASSEMBLÉE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article N°38**S'appuyer sur le déploiement du service de repérage précoce pour réaliser un état des lieux des CAMSP et CMPP puis une actualisation de leurs outils de suivi et de mesure de l'activité**

Après le 1° de l'article 38 est inséré un 2° 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 les missions relatives aux Centres d'Action médico-sociale précoce (CAMSP) et des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), leur évaluation ainsi que sur les leviers à mobiliser pour répondre aux difficultés rencontrées. Ce rapport porte notamment sur les conditions de partenariat et d'échanges avec les professionnels de santé, le niveau des éventuelles avances de frais et le renoncement aux soins pour motif de file active trop importante ou de reste à charge afin d'identifier les mesures à prendre pour réduire les inégalités territoriales d'accès à la santé pour les plus jeunes.

Suite à ce rapport, des travaux seront organisés pour revoir les cahiers des charges des CAMSP et CMPP ainsi que leurs outils de mesure de l'activité et de pilotage, notamment leurs cahiers des charges et leurs rapports d'activité. »

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

L'article 38 du PLFSS constitue une avancée majeure pour le déploiement d'un service de repérage et d'accompagnement précoce sur un prise global. L'un des acteurs phares de ce dispositif est le CAMSP, bénéficiant dans l'article 38 d'un aménagement de leur financement (possibilité de dépasser le 80 % de financements Assurance Maladie actuellement fixés). En articulation avec les autres dispositifs suivant la nature des troubles identifiés, il est fort probable que les CAMSP soient identifiés comme les porteurs les plus à même de porter ce futur service de repérage, de diagnostic et d'accompagnement précoce.

Si l'expertise et la qualité des actions réalisées par les CAMSP ne fait aucun doute, il aurait été intéressant de s'appuyer sur des données qualitatives et quantitatives remontées des actuels CAMSP et CMPP pour déployer le service le plus adapté aux besoins des enfants et des familles sur les territoires. Or actuellement, la CNSA rencontre de nombreuses difficultés techniques pour recueillir et analyser les rapports d'activités des CAMSP et CMPP. Ces difficultés sont dénoncées depuis de nombreux mois par les associations et bien que des travaux aient été initiés par la DGCS il y a maintenant plusieurs années, aucun n'a réellement abouti.

Amendement n°25

ASSEMBLÉE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article N°38**Prévoir une rémunération des temps de concertation pluridisciplinaire dans le cadre du suivi des projets de parcours initiés au titre du service de repérage et d'accompagnement précoce**

Au troisième alinéa de l'article L.21134-1, après les mots « *La rémunération de tout ou partie des prestations réalisées dans le cadre de ce parcours prend la forme d'un forfait.* » est insérée la phrase suivante :

« *Cette rémunération comprend le temps dédié par les professionnels réalisant ces prestations à la concertation disciplinaire.* »

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

Obligatoires dans certains parcours de soins (ex. en cancérologie) les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science.

Au cours de ces réunions, les dossiers des patients sont discutés de façon collégiale. Les décisions prises sont tracées, puis soumises et expliquées au patient.

Rarement financés dans le secteur médico-social, ces temps d'échanges constituent pourtant la garantie d'un suivi pluridisciplinaire du parcours de la personne. Pour les professionnels, la rémunération de ces temps constituera un vecteur d'attractivité tout en leur permettant de renforcer la synergie entre différents corps de métiers. Il est à noter qu'une telle rémunération devra s'appliquer à tous les professionnels participant au parcours et y réalisant des prestations, qu'ils soient professionnels de santé ou non.

Amendement n°26

ASSEMBLÉE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article N°38**Prévoir l'articulation du nouveau service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce avec le bilan de santé obligatoire dans les structures de protection de l'enfance**

Au premier alinéa de l'article L.21134-1, après les mots « *Ce repérage s'appuie notamment sur les examens médicaux obligatoires prévus à l'article L. 2132-2.* » sont insérés les mots suivants :

« et sur le bilan de santé et de prévention prévu à l'article L223-1-1 du Code de l'action sociale et des familles" »

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

L'article L.223-1-1 du CASF prévoit qu'un bilan de santé et de prévention est obligatoirement réalisé à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance. Ce bilan est réalisé, dès le début de la mesure, pour tous les mineurs accompagnés notamment par l'aide sociale à l'enfance ou par la protection judiciaire de la jeunesse. Il permet d'engager un suivi médical régulier et coordonné, lequel formalise une coordination de parcours de soins, notamment pour les enfants en situation de handicap. Il identifie les besoins de prévention et de soins permettant d'améliorer l'état de santé physique et psychique de l'enfant, qui doivent être intégrés au projet pour l'enfant. Il est pris en charge par l'assurance maladie.

Le présent amendement prévoit l'articulation obligatoire du nouveau service de repérage avec l'accompagnement à la santé prévu pour les mineurs accompagné par les services de l'aide sociale à l'enfant ou par la protection judiciaire de la jeunesse.

Amendement n°27

ASSEMBLÉE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article additionnel N°38bis**Instaurer un observatoire national de l'autonomie
afin de mieux connaître les besoins pour adapter l'offre**

Après le 1° de l'article 38 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.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement n°28

ASSEMBLÉE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article additionnel N°38ter**Élargir et sécuriser les financements CNSA des conférences des financeurs pour la mise en place d'actions de prévention individuelle, notamment en lien avec le déploiement des services autonomie à domicile (SAD)**

Après l'article 38, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Pour réaliser les actions de prévention de la perte d'autonomie, de préservation, de restauration et de soutien à l'autonomie prévues au 4° du II. de l'article D.312-1 du Code de l'action sociale et des familles, les services autonomie à domicile (SAD) mentionnés à l'article L. 313-1-3 du même Code s'appuient sur les Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et de l'habitat inclusif mentionnées à l'article L.233-1 du même Code. Les financements alloués via les concours de la CNSA interviendront en complément des prestations légales ou réglementaires.

Pour assurer la lisibilité mais aussi le caractère pluriannuel des montants octroyés aux services pour assurer leurs missions, les financements alloués aux services par le biais des conférences des financeurs pour réaliser les actions prévues au 4° du II. de l'article D.312-1 du Code de l'action sociale et des familles seront inscrits dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 313-11-1 du même Code encadrant les modalités de contractualisation pluriannuelle entre les SAAD et les conseils départementaux. Concernant les SAD réalisant des activités d'aide et de soins, les montants perçus devront apparaître dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus l'article L. 313-12- 2 du Code de l'action sociale et des familles.

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

La loi Adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a affirmé la nécessité de renforcer les actions de prévention et de repérage des fragilités notamment à destination des personnes âgées. Deux mesures illustrent particulièrement cet engagement : l'expérimentation des SPASAD (services polyvalents et de soins à domicile) et la création des conférences des financeurs.

Avec l'adoption de cette loi, le législateur a souhaité innover en finançant via la conférence des financeurs aux SPASAD expérimentateurs la mise en place d'actions individuelles de prévention et de repérage des fragilités auprès de leurs usagers.

Ces missions sont confiées, depuis la publication en juillet 2023 du décret les instaurant, aux services autonomie à domicile (SAD) assurant des prestations d'aide et de soin. Ce qui constitue une avancée, intéressante à plusieurs niveaux :

- ▶ En permettant de rendre effectifs le repérage des fragilités et le déploiement d'actions, en s'appuyant sur les acteurs traditionnels du domicile, en contact au quotidien avec les personnes vulnérables ;

- ▶ En valorisant les efforts des services en termes de prévention, notamment via la formation de leurs intervenants à domicile et des actions spécifiques pouvant être mises en place, en particulier auprès des personnes en GIR 4 à 6 ;
- ▶ En contribuant à l'attractivité des métiers du domicile, en diversifiant leurs champs d'action, leurs activités et leurs compétences. Huit ans après le lancement des programmes de prévention des conférences des financeurs, le déploiement des actions individuelles de prévention portées par des SPASAD semble au point mort.

En 2019, 181 SPASAD ont bénéficié du concours CNSA pour le financement d'actions individuelles ou collectives. Ce nombre est en baisse de 6 % par rapport à l'année précédente, et se place dans un contexte où le nombre de territoires répondants diminue (en 2019, dernières données disponibles, 58 territoires ont transmis cette information contre 61 en 2018.). Ce constat peut s'expliquer par deux facteurs principaux :

- ▶ Le déploiement de l'expérimentation SPASAD est inégal sur les territoires, certains conseils départementaux ne souhaitant pas cofinancer les dépenses d'ingénierie nécessaires ;
- ▶ Les financements sont annuels et freinent les services dans le montage de leur projet (impossibilité de recrutement, frilosité pour investir dans de la formation, peur du « stop and go », etc.).

Contrairement à ce qui avait lieu lors de l'expérimentation SPASAD, dans le cadre de la généralisation aucun financement n'a été prévu pour accompagner les services à la mise en œuvre de ces missions de préventions individuelles. Aujourd'hui les concours versés par la CNSA ne permettent pas de financer l'ensemble des actions identifiées.

Ainsi, cet amendement propose de :

- ▶ Rendre pérennes les financements de la conférence des financeurs pour le déploiement d'actions de prévention individuelle pluriannuelles afin de sécuriser les gestionnaires de services. Il est à noter que les financements demandés ici doivent venir en complément de ceux déjà prévus pour les conférences des financeurs, pour éviter une dilution des fonds entre mesures de préventions collectives et individuelles.
- ▶ Dans un contexte de tension, assurer que les SAD puissent bénéficier de financement via la conférence des financeurs pour le déploiement d'actions de prévention individuelle. La dotation complémentaire n'étant pas suffisante à elle seule, pour mettre en œuvre cette mission. Il est important de veiller à ce que tous les SAD puissent bénéficier de ces financements dédiés à la prévention, et pas seulement ceux ayant été retenus dans le cadre d'un appel à projet (AAP).
- ▶ Permettre, dans le cadre des CPOM, de pérenniser ces financements sur 5 ans.

Amendement n°29

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023

Article additionnel N°38quater

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

Après l'article 38, 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°30

ASSEMBLÉE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article additionnel N°38quinquies**Déterminer les contours d'une prestation universelle d'autonomie**

Après l'article 38, 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°31

ASSEMBLÉE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article additionnel N°38sexies**Étendre le bénéfice de la TVA à 5,5 % à l'habitat inclusif**

Après l'article 38, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - Après le d du 2° du IV de l'article 278 sexies du Code général des impôts, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les établissements mentionnés à l'article L. 281-1 du Code de l'action sociale et des familles. »

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

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

Cet amendement a pour objectif de favoriser le développement de l'habitat inclusif, en étendant l'application du taux réduit de TVA pour les logements destinés à être occupés par des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, dans le cadre d'un projet d'habitat inclusif. La demande concerne les opérations de construction et de rénovation, y compris aux livraisons à soi-même de travaux.

Pour rappel, l'habitat inclusif n'est à ce jour pas expressément visé par les dispositions des articles 278 sexies IV, sexies-O A et 278 sexies A, I-1° du Code général des impôts permettant d'appliquer un taux réduit de TVA, sous conditions, aux livraisons à soi-même portant sur les locaux de certains établissements médico-sociaux lorsqu'ils consistent en une extension ou rendant l'immeuble concerné à l'état neuf.

En effet, l'habitat inclusif n'est pas classé comme un ESMS relevant du livre III du CASF. Toutefois, les conditions que doivent remplir les ESMS pour bénéficier du taux de TVA réduit de 5,5 % sont également rempli généralement par les projets d'habitat inclusif, à savoir :

- 1) non-lucrativité (pas le cas de tous les porteurs de projets malheureusement...)
- 2) gestion désintéressée
- 3) accueil temporaire ou permanent
- 4) convention passée avec le représentant de l'État dans le département (pas le cas de tous les porteurs de projet non plus).

La mise en place d'une TVA à taux réduit pour favoriser le développement de l'habitat inclusif est une des pistes évoquées dans le rapport PIVETEAU et WOLFROM quand la vie « chez soi, comme avant n'est plus possible » et que la vie collective en établissement n'est ni souhaitée, ni nécessaire. »

L'habitat inclusif est destiné aux personnes handicapées et aux personnes âgées qui font le choix, à titre de résidence principale, d'un mode d'habitation regroupé, entre elles ou avec d'autres personnes.

Ce mode d'habitat regroupé est assorti d'un projet de vie sociale et partagée. Les personnes peuvent bénéficier d'un accompagnement dans la vie sociale ainsi que d'un accompagnement personnalisé pour la réalisation des actes de la vie quotidienne avec l'intervention des acteurs du secteur social et médico-social.

L'habitat inclusif est l'incarnation de la capacité du logement à s'adapter aux besoins des personnes dont la vie est bouleversée par la perte d'autonomie, qu'elle soit liée à l'âge ou à une situation de handicap. Compte tenu de la conjoncture économique difficile, de l'augmentation des prix (notamment des matières premières) et du besoin de soutenir ce type d'initiative, étendre la TVA à 5,5 % serait un message fort à destination des porteurs de projet et de ceux qui en bénéficient.

Amendement n°32

ASSEMBLÉE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article additionnel N°38septies**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 38, 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 (désinstitutionalisation, 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°33

ASSEMBLÉE NATIONALE**Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024**

Article additionnel N°38octies**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 38, 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.

Alors que les différents chantiers dans les secteurs du social et du médico-social encouragent les gestionnaires d'ESSMS à transformer leurs modalités de fonctionnement et leurs logiques d'actions, il est aujourd'hui vital d'assurer un financement pérenne des actions de conduite du changement et à l'ingénierie de projet. Lancer les travaux d'état des lieux et de perspectives d'ampleur nationale apporterait une garantie de faisabilité ainsi qu'un gain d'efficacité réel pour la conception puis la mise en œuvre des politiques publiques dans les champs sociaux et médico-sociaux.

En ce sens, il est indispensable de mettre en place des méthodes de travail réellement collaboratives où les individus ne vont pas simplement travailler les uns après les autres sur chaque sujet mais bien en même temps. Car travailler ensemble et innover dans un environnement complexe ne s'improvise pas, pour répondre à nos ambitions et apporter aux acteurs de terrain l'accompagnement adéquat, il est nécessaire de mesurer quels seront les moyens financiers et humains (compétences en gestion de projet, en intelligence collectives, en facilitation...) appropriés.

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...), permet à ce réseau de porter une analyse transversale et de contribuer à la construction de politiques publiques ambitieuses en France et en Europe.



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
-

Contact : Jérôme Voiturier, Directeur général de l'Uniopss
☎ : 01 53 36 35 30 ✉ : jvoiturier@uniopss.asso.fr