UNIOPSS

Unir les associations pour développer les Solidarités

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2027

1ère lecture Sénat

Avis et propositions d'amendements de l'Uniopss

Octobre 2026

Analyse du PLFSS 2027

La projection d'un ONDAM à 2,0 % semble difficilement réalisable, sachant que le gouvernement proposait une hausse de 1,6 % en 2026 (révisée à 3,1 % en loi initiale) et que ce PLFSS signale une hausse finale de 2,8 %. De plus, les prévisions 2026 se basaient sur une croissance de l'emploi privé surestimée de 30 % pour le financement des ROBSS. À noter que ce manque à gagner a été compensé par l'augmentation de 50 % des franchises médicales et l'annulation de crédits mis en réserve ; deux solutions qui, sur le long terme, ne sont pas viables.

Concernant le domaine de la santé, l'Uniopss pointe un cruel manquement dans le PLFSS 2027. Tout d'abord, malgré nos alertes, ainsi que celles des structures et des professionnels spécialisés, **aucune mesure concernant la santé mentale n'est présente dans le texte, alors que celle-ci a été érigée en Grande Cause nationale en 2025 et 2026**. Pour répondre à l'urgence, l'Uniopss propose un fonds de soutien pour la santé mentale adossé à une taxe sur les GAFAM.

L'Uniopss salue des mesures sur l'encadrement et la transparence du prix du médicament, ainsi que sur la présence d'acteurs spéculatifs dans les officines. Cependant, une transparence totale sur les prix réellement payés par l'Assurance maladie après remises vis-à-vis des laboratoires serait un plus pour identifier des sources possibles d'économies. Également, au-delà des officines, la présence d'acteurs spéculatifs au capital des établissements et services de santé, médico-sociaux et sociaux lucratifs serait à encadrer.

Malgré le renforcement du dispositif « France Santé » pour l'amélioration de l'accès aux soins, **l'Uniopss considère qu'un véritable service public territorial de santé ne peut reposer uniquement sur une mobilisation discontinue et ponctuelle des professionnels de santé**. Une installation durable doit être l'objectif recherché pour faciliter le suivi de la population.

Sur le volet prévention, les mesures affichées sont louables mais relèvent d'une vision sanitaro-centrée de cette dernière. Pour rappel, les maladies chroniques en fort développement et pesant le plus dans le budget de l'assurance maladie restent : les maladies cardio-vasculaires, les troubles de la santé mentale et les cancers. Il y a urgence à mettre en place une politique de prévention intégrant toutes les dimensions de la vie des personnes (logement, environnement, emploi, éducation, etc.).

Enfin, **l'Uniopss alerte sur la part croissante du numérique dans le budget des ESSMS et sur l'hyperconcentration du marché entre quelques éditeurs** ; plus largement, il serait nécessaire de suivre la recommandation de l'Assurance maladie de mettre en place un observatoire de la financiarisation.

Concernant les enfants accompagnés au titre de l'aide sociale à l'enfance et les enfants victimes de violences, l'Uniopss note avec satisfaction leur mention explicite dans le PLFSS avec la volonté de développer des soins adaptés à leurs parcours et aux traumatismes vécus. Pour les enfants et les jeunes protégés, le développement d'une offre spécialisée pourrait permettre de rendre enfin effectifs les bilans de santé et de prévention à l'entrée du dispositif de protection de l'enfance et de donner corps au parcours coordonné renforcé (PCR) « Enfance protégée ».

Concernant la branche Famille, le PLFSS prévoit une augmentation des recettes (+4,0 %) et une évolution moins marquée pour les dépenses (+1,9 %). Alors que la branche demeure excédentaire, **l'Uniopss s'oppose aux mesures d'économies réalisées sur les prestations familiales à hauteur de 1,6 milliard d'euros**. Il s'agit en particulier du « recentrage » de l'allocation de rentrée scolaire, du gel des prestations familiales à leur niveau de 2026 et de la restriction de l'accès aux prestations familiales pour les étrangers extra-UE. Toutes ces mesures auront des conséquences néfastes pour les familles.

© Uniopss – Octobre 2026

Selon le rapport d'évaluation des politiques de Sécurité sociale pour 2026, ces prestations jouent en effet un rôle protecteur fondamental contre la pauvreté monétaire, en particulier celle des enfants.

Ces mesures **affecteront directement les droits et besoins fondamentaux des enfants des familles les plus fragiles** (alimentation, santé, scolarité…). Outre les allocations familiales, la mesure intègre la prestation d'accueil du jeune enfant **alors même que le gouvernement entend faire de la petite enfance une priorité depuis des années**. De jeunes parents se trouveraient ainsi sans appui financier pour accueillir dans les meilleures conditions leur nouveau-né dans une période de bouleversement familial.

Le gouvernement entend également freiner les dépenses du Fonds national d'action sociale à hauteur de 500 millions d'euros. Là aussi, l'Uniopss exprime de fortes inquiétudes. **Les moyens manquent aujourd'hui pour déployer un réel service public de la petite enfance et une politique ambitieuse de soutien à la parentalité**. L'Uniopss plaide en particulier pour un soutien accru de la branche Famille en direction des lieux d'accueil du jeune enfant et des structures d'accompagnement des parents non lucratives, qui rencontrent des difficultés liées à un sous-financement. Comme l'ont indiqué l'IGAS et l'IGF dans la revue des dépenses relative à l'efficacité des politiques familiales (août 2026), **la baisse des naissances ne saurait justifier un moindre investissement pour les jeunes enfants déjà nés ou à naître, ainsi que pour leurs parents.**

Concernant la lutte contre la pauvreté et l'accès effectif aux droits, le PLFSS 2027 appelle une vigilance particulière sur plusieurs mesures concernant les familles les plus modestes. La trajectoire financière de la branche Famille prévoit **1,6 milliard d'euros d'économies sur les prestations familiales légales et extralégales** : 500 millions d'euros liés au maintien des prestations familiales à leur niveau de 2026, 500 millions d'euros au titre d'un ralentissement des dépenses du Fonds national d'action sociale (FNAS) et 600 millions d'euros sur l'allocation de rentrée scolaire. Ces économies interviennent alors même que la branche Famille serait excédentaire de 1,6 milliard d'euros en 2027.

La non-revalorisation des prestations familiales en 2027 entraînera une perte de pouvoir d'achat pour les familles concernées. La réduction annoncée des dépenses consacrées à l'allocation de rentrée scolaire et au FNAS soulève également des interrogations importantes, alors que le projet de loi ne précise pas, à ce stade, les modalités selon lesquelles ces économies seront réalisées. L'Uniopss demande que leurs conséquences sur les familles et sur les services financés par la branche Famille soient précisément évaluées.

Le PLFSS prévoit par ailleurs, à **l'article 37, d'instaurer une condition d'un an de résidence régulière pour l'accès de certains ressortissants extra-européens à certaines prestations familiales**. Cette condition aura également des conséquences sur l'accès aux aides personnelles au logement pour une partie des ménages concernés. **L'Uniopss considère que l'introduction d'un nouveau délai dans l'accès à des prestations destinées aux familles et aux enfants risque d'accroître les situations de précarité de ménages pourtant en situation régulière**.

Enfin, **l'article 5 prévoit la suppression des exonérations sociales dont bénéficient les ateliers et chantiers d'insertion portés par des employeurs publics**. Cette mesure augmentera le coût des emplois concernés pour les collectivités, CCAS et CIAS qui portent ces structures, alors que les ateliers et chantiers d'insertion accompagnent des personnes particulièrement éloignées de l'emploi. Dans un contexte déjà contraint pour le financement de l'insertion par l'activité économique, l'Uniopss sera attentive aux conséquences de cette mesure sur les capacités d'accompagnement et le nombre de parcours proposés.

Concernant l'autonomie, si l'article 48 du PLFSS fixe l'objectif de dépenses de la branche autonomie à 44,4 Md€ pour 2027, soit une augmentation de 2,5 % par rapport à 2026 (43,6 Md€), et prévoit une progression de 2,6 % à champ constant de l'objectif global de dépenses (OGD), ces évolutions restent bien en-deçà des besoins du secteur et de l'augmentation des charges.

Les besoins liés aux évolutions démographiques, qui appellent à une diversification et à un renforcement de l'offre, vont s'accroître, tandis que les difficultés économiques des établissements et services sont déjà présentes. Les dépenses relevant de l'OGD progresseraient de 3,3 % sur le champ des personnes âgées et de 1,9 % sur celui du handicap.

Malgré cette hausse, **la branche resterait déficitaire en 2027** (-0,2 Md€) et sa situation financière se dégraderait fortement à compter de 2028 pour atteindre -1,6 Md€ en 2030. **Cette trajectoire interroge la soutenabilité du financement de l'autonomie à moyen terme** ; aucune réforme d'ampleur du financement de l'autonomie n'est envisagée, alors même que le Gouvernement souhaite engager la transformation des EHPAD en Maisons France Autonomie.

Les financements directs de la CNSA aux départements progresseraient de +0,6 % en 2027 (après +2,6 % en 2026). Cette évolution s'explique, d'une part, par la **réforme de l'APA engagée par le gouvernement qui vise à recentrer celle-ci sur les bénéficiaires les plus modestes et les restes à charge les plus élevés**. Cette réforme doit entraîner une baisse de 250 M€ des dépenses départementales et, en conséquence, de 100 M€ des concours versés par la CNSA. D'autre part, le PLFSS prévoit **l'affectation directe aux départements de 300 M€** de contribution sociale généralisée (CSG) pour le financement de dépenses liées au handicap et à l'autonomie à compter de 2027. Cela va totalement à l'encontre des préconisations du secteur associatif qui dénonce des **plans d'aides régulièrement revus à la baisse dans l'opacité la plus totale, en l'absence de système d'information national permettant de suivre les plans d'aides alloués par les MDPH et le nombre d'heures effectivement exécutées**. En outre, **ce circuit de financement de l'autonomie vient contourner la CNSA et interroge sur l'avenir de la cinquième branche**, particulièrement pour le secteur du domicile, **alors que sa création devait permettre des concours conditionnés au respect de la légalité (respect des plans d'aide, reste à charge nul, qualité de l'offre). De plus en plus de départements étant contraints de détarifer les services d'aide à domicile, cela entraîne inéluctablement des restes à charge toujours plus importants pour les personnes âgées et en situation de handicap accompagnées à domicile.**

Dans le secteur du handicap, les crédits ONDAM prévus étant légèrement inférieurs à l'inflation, ils ne permettront pas de proposer un taux d'actualisation positif. Les 180 M€ annoncés sont destinés à financer la poursuite du plan 50 000 solutions et le déploiement des PAS. Mais il faut rajouter un point important concernant la réforme tarifaire SERAFIN-PH : **l'article 36 de la LFSS 2026 prévoyait une enveloppe de 360 M€ répartie sur 4 ans, dont 90 M€ dès 2027. La version du PLFSS présentée le 1er octobre revient sur cet engagement en reportant hypothétiquement l'octroi de ces crédits au PLFSS 2028, sans aucune garantie d'inscription. Sans ces 90 M€, il s'agirait d'une réforme à moyens constants, pénalisant des structures déjà pour beaucoup en difficulté**, alors que la transformation de l'offre devrait être rendue possible par de nouvelles formes de tarification.

Le PLFSS est présenté comme s'inscrivant dans la mobilisation France Autonomie et de ses six priorités, parmi lesquelles la prévention, le soutien aux aidants, la transformation des EHPAD, l'attractivité des métiers ou encore la diversification des lieux de vie. Cette mobilisation se déclinera notamment dans la future Conférence nationale de l'autonomie, annoncée « dans les prochaines semaines », alors que nous ne disposons toujours d'aucune information sur sa date et ses modalités. **Au regard des ambitions affichées, le PLFSS apporte pourtant peu de réponses concrètes aux enjeux du secteur du grand âge**. De plus, alors que leur nombre ne cesse de croître, en particulier chez les actifs, aucune mesure de soutien aux aidants n'est envisagée dans ce PLFSS 2027. L'habitat

intermédiaire, dont le développement est pourtant présenté comme une priorité afin d'offrir à la personne âgée ou en situation de handicap le choix de son lieu de vie, adapté à ses souhaits et ses besoins, demeure absent.

Malgré un bilan positif de l'expérimentation de la fusion des sections "soins" et "dépendance" en Ehpad, tant pour les établissements que pour les départements, **le Gouvernement a choisi de la prolonger d'un an afin que des concertations s'organisent avec les départements**, plutôt que d'opter pour une généralisation au 1er janvier 2027, comme le demandent l'Uniopss et les autres fédérations. **Cette décision reporte une réforme attendue et porteuse de simplification pour les établissements, les personnes âgées et les départements**. Pourtant, en parallèle, le Gouvernement met en avant des mesures de simplification, notamment en matière de CPOM, de validation des coupes PATHOS et d'autorisations, sans les définir précisément.

Enfin, le PLFSS prévoit le **recrutement de 3 700 professionnels en Ehpad pour 2027** pour contribuer à l'objectif de 50 000 professionnels supplémentaires d'ici 2030. À quelques années de l'échéance, **la trajectoire permettant d'atteindre cet objectif reste pourtant peu lisible, dans un contexte marqué par de fortes difficultés d'attractivité.**

Table des matières

Analyse du PLFSS 2027 1

Amendement n° 1 11

Article n° 5 11

Maintenir l'exonération de cotisations sociales dont bénéficient les ateliers et chantiers d'insertion portés par des employeurs publics 11

Amendement n° 2 12

Article additionnel n° 8 bis 12

Déplafonner les taxes sur l'alcool pour financer la Sécurité sociale 12

Amendement n° 3 13

Article additionnel n° 8 ter 13

Harmoniser la fiscalité sur les alcools 13

Amendement n° 4 14

Article additionnel n° 8 quater 14

Prévenir l'alcoolisation des jeunes en taxant les bières titrant à plus de 8 % 14

Amendement n° 5 15

Article additionnel n° 8 quinquies 15

Prévenir l'alcoolisation des jeunes en taxant les « Vodys » et les « Premix » 15

Amendement n° 6 17

Article additionnel n° 8 sexies 17

Prévenir l'alcoolisation des jeunes en taxant les bières industrielles sucrées 17

Amendement n° 7 19

Article additionnel n° 8 septies 19

Proposer une fiscalité sur les publicités sur l'alcool 19

Amendement n° 8 21

Article n° 11 bis 21

Rapport sur les activités des entreprises numériques dans le médico-social et le social 21

Amendement n° 9 23

Article n° 13 23

Supprimer l'article 13 23

Amendement n° 10 24

Article additionnel n° 21 bis 24

Pérennisation de l'expérimentation des Structures d'Exercice Coordonné Participatif (SECPA), à étendre leur modèle aux territoires ruraux et à sécuriser leur financement au sein de l'article 51e 24

Amendement n° 11 26
Article additionnel n° 21 ter 26
Renforcement et déploiement des équipes mobiles psychiatrie et précarité sur l'ensemble du territoire 26
Amendement n° 12 28
Article additionnel n° 21 quater 28
Inclure les bénéficiaires de l'AME dans le régime général de l'Assurance Maladie 28
Amendement n° 13 30
Article n° 22 30
Réduire les consommations de drogues dans la rue et améliorer la tranquillité publique : pérenniser les haltes soins addictions 30
Amendement n° 14 32
Article additionnel n° 25 bis 32
Protéger les personnes qui portent assistance aux victimes d'urgence médicale 32
Amendement n° 15 33
Article additionnel n° 26 bis 33
Rapport sur la programmation du déploiement des places et des équipes pour les ACT, LAM, LHSS, ESSIP et EMSP 33
Amendement n° 16 35
Article additionnel n°27 bis 35
Taxe sur les salaires 35
Amendement n° 17 37
Article additionnel n° 29 bis 37
Drogues et addictions : financer de manière pérenne la prévention 37
Amendement n° 18 39
Article additionnel n° 35 bis 39
Financement des évaluations médico-sociales et du coût de la démarche qualité 39
Amendement n° 19 40
Article additionnel n° 35 ter 40
Fonds pour la santé mentale 40
Amendement n° 20 43
Article additionnel n° 35 quater 43
Observatoire de la financiarisation 43
Amendement n° 21 44
Article n° 37 44
Supprimer la conditionnalité d'un an de résidence régulière en France pour l'accès de certains ressortissants étrangers à certaines prestations familiales 44

Amendement n° 22 46
Article n° 38 46
Modifier l'article 38 relatif à la prolongation de l'expérimentation de la fusion des sections « Soins » et « Dépendance » en Ehpad 46
Amendement n° 23 48
Article additionnel n° 38 bis 48
Renforcer le forfait autonomie des résidences autonomie pour favoriser leur ouverture sur l'extérieur 48
Amendement n° 24 49
Article additionnel n° 38 ter 49
Faire entrer le financement des SAD dans l'OGD de la branche Autonomie 49
Amendement n° 25 50
Article n°39 50
Modifier l'article 39 relatif à l'intéressement à l'efficience des Ehpad et des SAD 50
Amendement n° 26 52
Article additionnel n° 39 bis 52
Abroger la barrière d'âge pour bénéficier de la prestation de compensation du handicap 52
Amendement n° 27 53
Article additionnel n° 39 ter 53
Déterminer les contours d'une prestation universelle d'autonomie 53
Amendement n° 28 54
Article additionnel n° 39 quater 54
Loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge 54
Amendement n° 29 55
Article additionnel n° 39 quinquies 55
Permettre le report possible des aides APA non réalisées sur une période d'un an 55
Amendement n° 30 56
Article additionnel n° 39 sexies 56
Supprimer la saturation du plafond du plan d'aide APA pour le bénéfice du droit au répit 56
Amendement n° 31 57
Article additionnel n° 39 septies 57
Rémunérer le congé de proche aidante 57
Amendement n° 32 59
Article n° 39 octies 59
Evaluation du Plan antichute des personnes âgées 59
Amendement n° 33 61
Article additionnel n°39 nonies 61
Paiement différé des frais médicaux pour les personnes majeures protégées 61

Amendement n° 34 62
Article n° 39 decies 62
Création d'un fonds national expérimental pour la cohabitation intergénérationnelle solidaire 62
Amendement n° 35 64
Article additionnel n° 39 undecies 64
Expérimentation d'un dispositif d'interface médico-sociale pour l'accompagnement des personnes âgées en situation de grande précarité 64
Amendement n° 36 66
Article n° 39 duodecies 66
Compensation des surcoûts liés à la canicule 66
Amendement n° 37 68
Article additionnel n°39 terdecies 68
Reconduire le fonds d'urgence pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux en difficulté financière 68
Amendement n° 38 69
Article additionnel n°39 quaterdecies 69
Territoires d'intervention des services autonomie à domicile 69
Amendement n° 39 71
Article additionnel n°39 quindecies 71
Réforme financement des services d'aide 71
Amendement n° 40 73
Article additionnel n°39 sexdecies 73
Extension des dispositifs Ségur aux salariés de la BAD 73
Amendement n° 41 75
Article additionnel n°39 septdecies 75
Suppression capacité en territoire 75
Amendement n° 42 76
Article additionnel n°39 octodecies 76
Outre-mer 76
Amendement n° 43 77
Article additionnel n°39 novodecies 77
Harmonisation des procédures de création des SAD 77
Amendement n° 44 79
Article n° 43 79
Garantir le renforcement des financements des Maisons des Adolescents en 2027 79

Amendement n° 45 81

Article n° 43 81

Inscrire l'enveloppe de 90 Millions d'euro pour permettre la mise en œuvre de la réforme tarifaire SERAFIN-PH dans le sous objectif "Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées" de l'ONDAM 81

Amendement n° 46 82

Article additionnel n°47 bis 82

Non-revalorisation des prestations familiales au 1er avril 2027 82

Amendement n° 47 83

Article additionnel n°47 ter 83

FNAS - Préserver les moyens du Fonds national d'action sociale 83

Amendement n° 48 84

Article additionnel n°47 quater 84

Préserver l'Allocation de Rentrée Scolaire 84

Amendement n° 1

Article n° 5

Maintenir l'exonération de cotisations sociales dont bénéficient les ateliers et chantiers d'insertion portés par des employeurs publics

(Amendement Uniopss et Collectif ALERTE, Changer de CAP, ANAS, Unicef France)

L'article 5 est supprimé.

Exposé

Le présent amendement vise à maintenir l'exonération de cotisations sociales dont bénéficient les ateliers et chantiers d'insertion portés par des employeurs publics.

L'article 5 prévoit de supprimer cette exonération à compter du 1er janvier 2027. La mesure concerne plus de 200 ACI publics, portés notamment par des communes, des intercommunalités, des CCAS et des CIAS. Ils accompagnent plus de 9 000 personnes en insertion.

Le Gouvernement justifie cette suppression par la volonté de rapprocher le régime des ACI publics du droit commun des structures de l'insertion par l'activité économique.

Mais les ACI publics ne bénéficient pas des allègements généraux de cotisations sociales auxquels sont éligibles d'autres employeurs. L'étude d'impact précise d'ailleurs qu'aucun effet de retour sur ces allègements n'est attendu.

La suppression prévue par l'article 5 entraînera donc bien une hausse du coût des emplois pour les structures concernées. L'étude d'impact chiffre cette hausse à 15 millions d'euros par an pour l'ensemble des ACI publics.

Les ateliers et chantiers d'insertion accueillent des personnes particulièrement éloignées de l'emploi, dans le cadre d'un contrat de travail associé à un accompagnement social et professionnel. L'objectif est précisément de permettre à des personnes rencontrant des difficultés importantes d'accéder progressivement à l'emploi.

Dans un contexte budgétaire déjà contraint pour l'insertion par l'activité économique et pour les collectivités territoriales, augmenter le coût de ces emplois fragiliserait les structures qui portent ces parcours.

Le maintien des aides au poste ne neutralise pas cette hausse : le Gouvernement reconnaît lui-même dans son étude d'impact que les cotisations patronales versées par les ACI publics augmenteront de 15 millions d'euros en 2027.

L'Uniopss et le Collectif ALERTE demandent donc le maintien de cette exonération et la suppression de l'article 5.

Amendement n° 2

Article additionnel n° 8 bis

Déplafonner les taxes sur l'alcool pour financer la Sécurité sociale

(Amendement d'Addictions France soutenu par l'Uniopss)

Après l'article 8, insérer un article ainsi rédigé :

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

Au cinquième alinéa, la phrase :

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

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

La phrase :

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

Est remplacée par la phrase :

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

Exposé

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

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

Amendement n° 3

Article additionnel n° 8 ter

Harmoniser la fiscalité sur les alcools

(Amendement d'Addictions France soutenu par l'Uniopss)

Après l'article 8, insérer un article ainsi rédigé :

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

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

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

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

Exposé

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

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

Amendement n° 4

Article additionnel n° 8 quater

Prévenir l'alcoolisation des jeunes en taxant les bières titrant à plus de 8 %

(Amendement d'Addictions France soutenu par l'Uniopss)

Après l'article 8, insérer un article ainsi rédigé :

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

« Art. 1613 ter A. – I – Les bières titrant à plus de 8 % vol. font l'objet d'une taxe spécifique perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

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

« III – Le montant de la taxe est relevé au 1er janvier de chaque année à compter du 1er janvier 2027, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Ce montant est exprimé avec deux chiffres après la virgule, le deuxième chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est constaté par arrêté du ministre chargé du budget, publié au Journal officiel.

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

« V – Le produit de cette taxe est versé à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

« VI – La contribution mentionnée au I du présent article est acquittée auprès de l'administration des douanes. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, sanctions, garanties et privilèges applicables au droit spécifique mentionné à l'article 520 A. Le droit de reprise de l'administration s'exerce dans les mêmes délais.

« Le tarif de la taxe mentionnée au I du présent article est déterminé par décret. »

Exposé

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

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

Amendement n° 5

Article additionnel n° 8 quinquies

Prévenir l'alcoolisation des jeunes en taxant les « Vodys » et les « Premix »

(Amendement d'Addictions France soutenu par l'Uniopss)

Après l'article 8, insérer un article ainsi rédigé :

Le I de l'article 1613 bis du Code général des impôts est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Toutes les boissons constituées par un mélange préalable de boissons ayant un titre alcoométrique acquis n'excédant pas 1,2 % vol. et de boissons alcooliques au sens du 2° de l'article L. 111-4 du Code des impositions sur les biens et services, ainsi que les boissons spiritueuses répondant aux définitions prévues aux règlements (UE) n° 2019/787 du Parlement européen et du Conseil du 17 avril 2019, à l'exception des boissons répondant effectivement aux catégories 1 à 44 figurant à l'annexe I du règlement (UE) 2019/787.»

Exposé

L'article 1613 bis du Code général des impôts institue une taxe spécifique sur les « prémix », définis comme les boissons alcoolisées titrant à plus de 1,2 % vol, et associant alcool et composants sucrés ou aromatisés. Ce dispositif a un objectif de santé publique, en ciblant des produits attractifs pour les jeunes, favorisant des consommations massives et précoces.

Or, de nouvelles boissons prémixées sont apparues sur le marché, dont les « Vody », qui combinent des alcools forts (vodka, rhum, whisky...), à des boissons énergisantes ou à des boissons contenant des ingrédients sucrés ou aromatisés et qui sont vendus au prix moyen de 3,50 €. Elles sont conditionnées dans des petits formats, vendues à bas prix, et présentent un titre alcoométrique compris entre 18 et 25 % vol, ce qui les exclut actuellement du champ de la taxe prémix limité aux boissons titrant à moins de 12 %.

Le présent amendement vise donc à étendre le champ de cette taxe aux prémix plus fortement alcoolisés, sans créer de régime fiscal distinct, en élargissant le principe d'assujettissement des boissons prémixées prévu par l'article 1613 bis., aux boissons dont le titrage est supérieur à 12 % vol afin de couvrir les produits récemment développés (Vody tropical, Vody Lemon, gamme Lavish Vodka mix), qui posent les mêmes enjeux sanitaires.

Cette nouvelle rédaction permet d'inclure les boissons contenant à la fois des alcools forts et des ingrédients sucrés et aromatisés.

Les produits visés par le présent amendement présentent, indépendamment de leur degré alcoolique, les mêmes caractéristiques de conditionnement, de présentation, de prix d'accès, d'aromatisation et d'attractivité pour les jeunes consommateurs que les boissons déjà soumises à la taxe prévue à l'article 1613 bis. Dès lors, leur assujettissement au même régime fiscal répond à l'objectif de protection de la santé publique poursuivi par le législateur et assure une égalité de traitement entre produits comparables.

Enfin, cette nouvelle rédaction prend en compte les exceptions faites au b) de l'article 1613 bis du CGI qui exclus plusieurs types de boissons alcooliques du champ de cette taxe :

- Les spiritueux purs, comme le confirme la circulaire de la Direction générale des douanes et droits indirects (DG DDI) du 31 juillet 2025 relative à cette taxe qui explicite que sont exclues de la taxe les boissons « définies au règlement n° 2019/787 … telles que le rhum, le whisky, les eaux-de-vie de vin ou de fruits, les boissons spiritueuses anisées ou les liqueurs ». Les vodys ne pourraient donc pas bénéficier de l'exception b) de l'article 1613 bis du CGI, car elle ne correspond à aucune catégorie spécifique de boisson spiritueuse définie par le règlement (UE) 2019/787. Sa composition, comprenant notamment caféine, taurine et divers additifs, s'écarte des ingrédients autorisés pour les spiritueux. Ainsi, si le champ de la taxe premix était élargi à ce type de produits, les vodys pourraient être assujettis à la contribution, car ne remplissant pas les conditions d'exonération prévues pour les spiritueux.
- Les produits vitivinicoles définis par le règlement (UE) 1308/2013
- Les cidres et poirés conformes à la définition légale française
- Les produits bénéficiant d'IGP, AOP ou attestation de spécificité
- Et tous ceux qui ne dépassent pas 35 g/L de sucre.

Amendement n° 6

Article additionnel n° 8 sexies

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

(Amendement d'Addictions France soutenu par l'Uniopss)

Après l'article 8, insérer un article ainsi rédigé :

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

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

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

2° Est réputée bière au sens du présent article toute boisson commercialisée comme telle ou comme boisson aromatisée à base de bière, quel que soit son procédé de fabrication

3° Conditionnées dans des récipients destinés à la vente au détail soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel ou préalablement assemblées et présentées dans des récipients non destinés à la vente au détail afin d'être consommables en l'état ;

4° Contenant un ou plusieurs arômes naturels ou artificiels, notamment ceux reproduisant le goût de boissons spiritueuses, et :

- *soit au moins 15 grammes de sucres ajoutés ou une édulcoration équivalente par litre exprimée en sucre inverti ;*
- *soit une édulcoration destinée à masquer le goût de l'alcool, quelle qu'en soit la teneur.*

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

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

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

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

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

Exposé

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

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

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

Les bières produites par des brasseries artisanales (dont la production annuelle, tous produits confondus, est inférieure à 200 000 hectolitres), qui peuvent s'appuyer sur des arômes rappelant un produit local (châtaigne, fleur, génépi etc.), sont exemptées de cette taxe.

Amendement n° 7

Article additionnel n° 8 septies

Proposer une fiscalité sur les publicités sur l'alcool

(Amendement d'Addictions France soutenu par l'Uniopss)

Après l'article 8, insérer un article ainsi rédigé :

Le chapitre 5 du titre IV du livre II du Code de la Sécurité sociale est complété par une section 3 bis ainsi rédigée :

« Section 3 bis :

Taxation des publicités en faveur de boissons alcooliques

Art. L. 246. – I – Est instituée une taxe perçue sur les dépenses de publicité portant sur la promotion d'une boisson alcoolique.

II. – Sont redevables de cette taxe les entreprises :

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

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

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

V – Les modalités du recouvrement sont instaurées par décret trois mois après la date d'entrée en vigueur de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2027.

VI – Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2027. »

Exposé

Cet amendement vise la création d'une taxe sur la publicité pour les boissons alcoolisées afin de financer le Fonds de lutte contre les addictions.

L'alcool est à l'origine de 49 000 morts par an en France. La crise sanitaire a généré une augmentation de la consommation d'alcool chez les personnes vivant avec une addiction, laissant présumer des dommages sur le long-terme. En effet, les résultats de l'enquête CoviPrev (novembre 2023) révèlent que 11% des usagers d'alcool déclarent avoir augmenté leur consommation depuis le confinement.

Face à l'absence de véritable régulation sur les réseaux sociaux, les alcooliers font, depuis quelques années, la promotion croissante de leurs boissons alcoolisées sur ces plateformes, notamment par le biais d'influenceurs. En près de trois ans, Addictions France a ainsi recensé plus de 11 300 contenus valorisant l'alcool sur Instagram et sur Tik Tok. La cible touchée par ces publicités est très jeune : 79 % des 15-21 ans déclarent en voir toutes les semaines. Cette exposition fréquente ouvre la voie à un alcoolisme de plus en plus précoce.

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

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

Amendement n° 8

Article n° 11 bis

Rapport sur les activités des entreprises numériques dans le médico-social et le social

Après l'article 11, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le gouvernement remet au parlement, avant le 1er octobre 2028, un rapport évaluant la place des entreprises numériques dans les secteurs social et médico-social, et notamment des éditeurs de logiciels métiers et de dossiers usagers informatisés ayant bénéficié directement ou indirectement des dispositifs publics de financement du numérique en santé.

Ce rapport devra notamment :

- Évaluer le degré de concentration du marché des logiciels utilisés dans les secteurs social et médico-social, notamment des solutions de dossier usager informatisé référencées dans le cadre du Ségur du numérique en santé. Cette évaluation examine les éventuelles situations de position dominante ou de dépendance économique des établissements et services à l'égard de leurs fournisseurs. Elle analyse également les barrières susceptibles de limiter la capacité effective des établissements et services à changer de fournisseur ;
- Evaluer la captation de valeurs que pourrait en tirer ces entreprises et proposer des mécanismes de contrôle de ces dernières ;
- Evaluer la pertinence et la réponse des logiciels aux besoins des professionnels et des personnes accompagnés dans ces secteurs, au-delà des seules exigences réglementaires ou liées aux systèmes d'information des autorités publiques ;
- Evaluer la trajectoire des coûts financiers, humains et organisationnels du numérique pour les établissements et services des secteurs médico-social et social et sa soutenabilité ;
- Évaluer les conditions de réversibilité et de portabilité des données en cas de changement de solution ou d'éditeur, notamment au regard des obstacles techniques, contractuels ou tarifaires susceptibles *de limiter cette capacité.*

Exposé

Le présent amendement vise à renforcer la connaissance et l'évaluation de la place prise par les entreprises du numérique dans les secteurs social et médico-social, à la suite des investissements publics massifs engagés depuis plusieurs années pour accélérer leur transformation numérique.

Dans le cadre du Ségur du numérique en santé, l'État a mobilisé un financement sans précédent de 2 milliards d'euros afin de moderniser les systèmes d'information du secteur de la santé et de favoriser l'interopérabilité des logiciels[1].

Pour le seul champ social et médico-social, ce sont 630 millions d'euros qui ont été consacrés à la transformation numérique des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), notamment à travers le programme ESMS Numérique et les dispositifs de financement des dossiers usagers informatisés (DUI) référencés Ségur. Plus de 32 000 ESSMS ont ainsi bénéficié de ces financements publics[2].

---

[1] *Ministère de la santé, le Ségur numérique en santé*
[2] *Ministère de la santé, Le Ségur du numérique en santé pour le social et le médico-social.*

Ces investissements ont permis une accélération réelle de l'équipement numérique du secteur. Toutefois, ils ont également contribué à structurer un marché particulièrement concentré autour d'un nombre limité d'éditeurs de logiciels homologués ou référencés. Ainsi, plusieurs dizaines de milliers d'établissements sont désormais dépendants d'un nombre restreint de solutions logicielles pour assurer le suivi des personnes accompagnées, répondre à leurs obligations réglementaires et échanger avec les systèmes nationaux de santé.

Dans ce contexte, de nombreux acteurs du secteur associatif, de l'aide à domicile, du handicap, de la protection de l'enfance ou du grand âge alertent sur une hausse continue des coûts liés au numérique : augmentation des abonnements, facturation de modules complémentaires, coûts de maintenance, de stockage, de migration ou encore de mise en conformité réglementaire. Ces dépenses, souvent difficilement compressibles compte tenu de la dépendance des structures à leur logiciel métier, pèsent de plus en plus lourdement sur les budgets des établissements et services, alors même que ceux-ci évoluent dans un contexte financier particulièrement contraint.

Or, alors que l'investissement initial a été largement soutenu par des financements publics, les pouvoirs publics ne disposent aujourd'hui d'aucune évaluation consolidée permettant d'apprécier :

- le degré de concentration économique du marché ;
- l'évolution des tarifs pratiqués par les éditeurs ;
- la rentabilité tirée des financements publics du Ségur numérique ;
- la soutenabilité de ces dépenses pour les ESSMS ;
- l'adéquation réelle des solutions déployées aux besoins des professionnels et des personnes accompagnées.

À ce jour, les données publiques disponibles font apparaître qu'au moins 59 solutions DUI étaient référencées dans le cadre de la première vague du Ségur, mais que plusieurs d'entre elles appartiennent à quelques groupes de taille importante bénéficiant désormais d'une clientèle captive de plusieurs milliers d'établissements[3].

Il apparaît donc nécessaire d'évaluer si les financements publics exceptionnels consentis dans le cadre du Ségur numérique ont pu contribuer à la constitution de situations de rente ou à un renforcement de positions dominantes. Une telle étude permettrait notamment de mesurer les marges dégagées par les principaux éditeurs, l'évolution de leurs résultats économiques depuis la mise en œuvre du Ségur numérique et les éventuels mécanismes de régulation ou de transparence qu'il conviendrait d'instaurer.

Le présent amendement propose ainsi qu'un rapport gouvernemental soit remis au Parlement afin d'éclairer les pouvoirs publics sur l'évolution de ce marché stratégique, d'anticiper les risques de dépendance économique des ESSMS et de garantir que les investissements publics réalisés au bénéfice de la transformation numérique du secteur servent pleinement l'intérêt général et l'amélioration de l'accompagnement des personnes vulnérables.

[3] *Communiqué de Presse du Ministère de la santé, Un beau succès de la première vague du Ségur du numérique en santé dans le secteur médico-social !, 19 mars 2024.*

Amendement n° 9

Article n° 13

Supprimer l'article 13

(Amendement de l'UNA soutenu par l'Uniopss)

L'article 13 est supprimé.

Exposé

L'article 13 du PLFSS prévoit qu'une part de la CSG allouée au financement de la Branche Autonomie soit directement versée aux conseils départementaux au titre du financement de l'APA et de la PCH.

Ce financement serait donc exclusif de la CNSA a qui a été confiée la gestion et le pilotage de la branche qui gère le 5ème risque Autonomie de la Sécurité Sociale.

L'APA et la PCH, sont cofinancées par la CNSA depuis leurs créations par le biais de concours aux Conseils Départementaux dans le cadre d'une convention multipartite. Ces concours sont ainsi régulés et suivis et permettent d'avoir une vision nationale sur le cout de ces prises en charge. Cette procédure se justifie d'autant plus depuis 2020, année de la création du 5ème risque Autonomie qui confie ainsi à la CNSA la gestion de la branche ainsi que le pilotage national des politiques de l'autonomie.

Le transfert de points de CSG directement aux conseils départementaux prévu par l'article 13 du PLFSS 2027 crée un précédent en permettant un financement parallèle pour des prestations de sécurité sociale, méthode qui pourrait s'étendre à d'autres domaines et à d'autres branches.

De plus, cette méthode ne garantit en aucune manière le fléchage des 300 millions d'euros prévus vers les dépenses de l'APA et de la PCH, les départements, au nom de la libre administration des collectivités territoriales, pourront tout à fait ventiler ce financement direct sur d'autres lignes de dépenses et au vu de leurs difficultés budgétaires actuelles c'est un risque avéré.

Les concours nationaux au titre de la PCH et de l'APA ne couvrent respectivement que 30% et 40% des dépenses exposées par les conseils départementaux avec les graves conséquences pour les bénéficiaires constatées tous les jours et relevées par la décision-cadre du défenseur des droits du 2 juillet 2026 et par le rapport de la chambre régionale des comptes des Haut-de-France sur la gestion de l'APA par le départements du Pas-de-Calais du 31 mars 2026 (plans d'aide revus à la baisse, détarifications des services à domicile, tarifs PCH occasionnant de lourds restes à charges et par là même des renoncements aux droits, des besoins toujours pas couverts etc.).

Aujourd'hui, ceux sont les concours PCH et APA qui ont un réel besoin de revalorisation et cette revalorisation doit être fléchée et régulée par la branche autonomie donc par la CNSA.

C'est la raison pour laquelle nous demandons la suppression de l'article 13 du PLFSS 2027.

Amendement n° 10

Article additionnel n° 21 bis

Pérennisation de l'expérimentation des Structures d'Exercice Coordonné Participatif (SECPA), à étendre leur modèle aux territoires ruraux et à sécuriser leur financement au sein de l'article 51e

(Amendement de la Fédération des acteurs de la solidarité soutenu par l'Uniopss)

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

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

L'article L. 162-31-1 est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« – Les expérimentations relatives aux structures d'exercice coordonné participatif (SECPA) sont pérennisées et déployées au bénéfice des populations vulnérables et éloignées du système de santé.

« Ce déploiement est étendu aux territoires ruraux caractérisés par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, en complément des quartiers prioritaires de la politique de la ville.

« Ces expérimentations bénéficient d'un financement pluriannuel et autonome issu du fonds dédié au présent article, indépendant de tout dispositif de labellisation. Ce financement couvre les charges liées aux actions de santé communautaire, à l'ingénierie sociale, à l'implication des usagers dans la gouvernance ainsi qu'aux partenariats avec les acteurs du champ social et de l'intégration par l'activité économique.

« Un rapport d'évaluation portant sur la pérennité financière et le bilan médico-social de l'extension de ce dispositif dans les territoires ruraux est transmis au Parlement et aux Agences régionales de santé au plus tard dix-huit mois après la promulgation de la présente loi. »

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

Exposé

Depuis son lancement, l'expérimentation des Structures d'Exercice Coordonné Participatif (SECPA) a largement démontré son utilité sociale et sanitaire. En créant des ponts indispensables entre le secteur de la lutte contre les exclusions (CHRS, veilles sociales, maraudes) et le système de soins de premier recours, les SECPA répondent aux ruptures de prise en charge subies par les publics les plus vulnérables.

Pourtant, malgré la pertinence reconnue du modèle, l'annonce du non-renouvellement de l'expérimentation sous son format actuel et le risque de bascule sur les Fonds d'Intervention Régionaux (FIR) des ARS à budget constant font craindre une rupture grave dans la prise en charge des usagers.

L'orientation envisagée vers le label « France Santé », plafonné à environ 50 000 € par an et par établissement, est très largement insuffisante et inadaptée. Ce forfait ne permet pas de couvrir les coûts réels des missions spécifiques des SECPA : temps médical prolongé, médiation en santé, démarche participative et travail de réseau à l'interface du logement social et du secteur médicosocial.

Basculer les SECPA sur ce label équivaut à supprimer les fonctions de médiation en santé et d'accès aux droits.

La consolidation du modèle économique des SECPA représenterait un enjeu financier de 10,32 millions d'euros par an au sein du Fonds d'innovation en santé (FINNOS – art. 51). Cette enveloppe couvre la pérennisation des 26 structures existantes (3,12 M€), le conventionnement progressif de 40 structures du fil d'attente (4,80 M€) et l'ouverture de 20 implantations pilotes en zone rurale (2,40 M€). Sur la base d'un coût moyen annuel de 120 000 € par structure pour financer la médiation, l'interprétariat et le temps de démocratie en santé.

Enfin, la méthodologie des SECPA a fait ses preuves dans les Quartiers Prioritaires de la Ville (QPV). Elle doit désormais pouvoir être déployée dans les territoires ruraux confrontés à une désertification médicale aiguë et à un isolement similaire des populations précarisées.

Le présent amendement vise à :

1. Sécuriser un financement dédié, autonome et pluriannuel pour les SECPA au sein du Fonds d'innovation en santé (Article 51), déconnecté du label « France Santé » ;
2. Permettre l'intégration progressive des 60 structures en attente ;
3. Étendre le périmètre de l'expérimentation aux zones rurales sous-denses ;
4. Prévoir une évaluation formelle sous 18 mois en vue d'une généralisation pérenne

Sources

Ministère de la Santé et de l'Accès aux soins — Rapport au Parlement sur les expérimentations innovantes en santé (art. 51) : Bilan officiel retraçant la trajectoire des projets financés, les critères de sortie du dispositif et les modalités de bascule/transition vers le droit commun

Rapport d'évaluation de l'expérimentation SECPA (Caisse Nationale d'Assurance Maladie / DREES) : Évaluation spécifique mesurant le bilan médico-social des structures pilotes (26 sites) et analysant l'écart entre le coût réel d'une prise en charge participative (médiation, interprétariat, travail de réseau) et les forfaits d'exercice coordonné classiques.

Amendement n° 11

Article additionnel n° 21 ter

Renforcement et déploiement des équipes mobiles psychiatrie et précarité sur l'ensemble du territoire

(Amendement de la Fédération des acteurs de la solidarité soutenu par l'Uniopss)

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

I – Après l'article L. 3221-5-1 du Code de la santé publique, il est inséré un article L. 3221-5-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 3221-5-2. – Afin de garantir l'équité territoriale d'accès aux soins en santé mentale pour les personnes en situation de grande marginalité ou de précarité, des équipes mobiles psychiatrie et précarité (EMPP) sont déployées sur l'ensemble du territoire national.

Un arrêté du ministre chargé de la Santé, pris après avis de la Haute Autorité de santé, fixe un cahier des charges national définissant :

1° Les missions fondamentales de ces équipes, notamment l'aller-vers, le repérage précoce, l'évaluation, l'accompagnement et l'orientation vers les soins de droit commun ;

2° La composition pluridisciplinaire minimale requise pour leur fonctionnement ;

3° Les modalités d'évaluation annuelle de leur activité ainsi que d'articulation avec les secteurs de psychiatrie, les structures médico-sociales et les acteurs de l'hébergement et du logement. »

II – Pour l'année 2027, les crédits affectés au sous-objectif « Dépenses relatives aux établissements de santé » de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sont majorés à hauteur de 15 millions d'euros.

Ces crédits supplémentaires sont délégués via la dotation nationale des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) afin de financer le rattrapage des mesures nouvelles suite à l'année blanche de financement et d'assurer le déploiement et la mise aux normes des équipes mobiles psychiatrie et précarité conformément au cahier des charges mentionné au I.

III – La charge 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.

Exposé

Les équipes mobiles psychiatrie et précarité (EMPP) jouent un rôle d'interface fondamental pour aller vers les personnes en situation de grande précarité, souvent en rupture de soins ou isolées de la prise en charge médicale classique.

Pourtant, le dispositif rencontre aujourd'hui deux limites majeures :

- L'absence de cadrage et d'harmonisation nationale : la composition et le périmètre d'action des équipes varient fortement d'un territoire à l'autre, créant des inégalités d'accès aux soins,

- Un sous-financement accentué par une année blanche : le gel récent des crédits alloués aux mesures nouvelles a fragilisé le fonctionnement des équipes existantes et stoppé la création de nouvelles unités dans les zones sous-dotées.

Cet amendement s'inscrit directement dans la continuité des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la Grande Précarité et les troubles psychiques (janvier 2024). La HAS y préconise explicitement la généralisation et la pérennisation des EMPP, tout en appelant à une meilleure coordination territoriale et à l'intégration de compétences pluridisciplinaires pour garantir une prise en charge précoce et sans rupture des publics les plus éloignés du soin.

Le présent amendement propose une réponse globale :

- Un volet normatif créant l'article L. 3221-5-2 du Code de la santé publique et instaurant un cahier des charges national pour garant des missions, de la composition pluridisciplinaire et de la coordination sur le terrain.
- Un volet financier au sein de l'ONDAM Établissements de santé (MIGAC) permettant de débloquer une enveloppe dédiée pour rattraper le retard d'investissement accumulé, pérenniser les équipes existantes et résorber les zones blanches.

Estimation du coût

- **Rattrapage et consolidation du réseau existant : 5 M**
  - Coût par équipe : **30 à 40 K**
- **Création de nouvelles équipes : 10 M**
  - Budget annuel pour une équipe standard : **300 à 350 K**

Sources

Circulaire DHOS/DGS/DGAS n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion (texte fondateur du cadre de fonctionnement des EMPP).

Santé publique France & Inserm : Enquêtes épidémiologiques SAMSARA et SANTÉS-DÉPLACÉS sur la prévalence des troubles psychiatriques et des addictions chez les personnes sans domicile ou en hébergement d'urgence.

Haute Autorité de Santé (HAS) : Recommandation de bonne pratique « Grande précarité et troubles psychiques » (Janvier 2024).

Amendement n° 12

Article additionnel n° 21 quater

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 un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

b. Le troisième alinéa est supprimé.

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

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

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

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

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

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

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

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

Exposé

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

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

Les personnes en situation de précarité qui ont des droits potentiels à l'AME sont confrontées à de multiples obstacles pour l'ouverture et le maintien de leur droit. Le taux de non-recours à l'AME est très important, de 49 %[4].

Les barrières administratives et financières à l'accès aux soins sont reconnues depuis longtemps comme des déterminants de santé à part entière[5]. Il convient donc rendre plus simple le dispositif d'accès à la couverture maladie et à la part complémentaire pour garantir son effectivité et son efficacité.

De nombreuses institutions recommandent depuis plusieurs années d'inclure les bénéficiaires de l'AME dans le régime général de l'Assurance maladie. C'est le cas de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale de finances (IGF) en 2010[6] Depuis 2014, le Défenseur des droits renouvelle cette recommandation[7]. Enfin l'Académie nationale de médecine a pris cette position dès 2017[8].

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[9]. Ce n'est qu'à cette date qu'a été instaurée une condition de régularité de séjour pour être affilié à la Sécurité sociale.

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

Elle constituerait également un avantage pour les finances publiques en favorisant une prise en charge des personnes de manière plus précoce, en évitant une convergence vers les services d'Urgence des hôpitaux, enfin en supprimant le coût de gestion du dispositif adhoc de l'AME. Il est donc attendu du présent amendement des coûts évités et des économies d'échelle.

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

---

[4] Irdes, Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas, novembre 2019.

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

[6] 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.

[7] 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.

[8] Académie nationale de médecine : rapport Précarité pauvreté et santé, version 21 juin 2017.

[9] 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° 13

Article n° 22

Réduire les consommations de drogues dans la rue et améliorer la tranquillité publique : pérenniser les haltes soins addictions

(Amendement de la Fédération Addiction soutenu par l'Uniopss)

I – Après le 22, il est inséré :

XX+I. 1° Après l'article L. 3411-9 du Code de la santé publique, il est inséré un article L. 3411-9-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3411-9-1. – I. – Une halte "soins addictions" est un espace de réduction des risques par usage supervisé et d'accès aux soins, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé.

« Le ministre chargé de la santé peut, par arrêté, pris après avis du directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente et en concertation avec le maire de la commune concernée et, à Paris, Lyon et Marseille, en concertation avec le maire d'arrondissement ou de secteur concerné, autoriser un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue mentionnés à l'article L. 3411-9 ou un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés à l'article L. 3411-6 à ouvrir une halte "soins addictions".

« II – Une halte "soins addictions" accueille les usagers de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseils en réduction de risques dans le cadre d'usages supervisés mentionnés à l'article L. 3411-8.

« Elle est située dans les locaux du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue et du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, dans des locaux distincts ou dans une structure mobile.

« III – La personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une halte "soins addictions", dans le respect des conditions fixées dans le cahier des charges mentionné au I. du présent article, ne peut être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants.

« Le professionnel intervenant au sein d'une halte "soins addictions" et qui agit conformément à sa mission de supervision et d'accès aux soins ne peut être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants. »

2° Le chapitre préliminaire du titre VI du livre Ier du Code de la Sécurité sociale est ainsi modifié :

Après le 11° de l'article L. 160-8, il est inséré un 12° ainsi rédigé :

« 12° La couverture des frais relatifs à l'activité des centres mentionnés à l'article L. 3411-9-1 du Code de la santé publique. »

Après le 32° de l'article L. 160-14, il est inséré un 33° ainsi rédigé :

« 33° Pour les frais occasionnés par une prise en charge dans les centres mentionnés à l'article L. 3411-9-1 du Code de la santé publique. »

3° L'article 43 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est abrogé.

II – La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les alcools prévue au chapitre III du titre Ier du livre III du Code des impositions sur les biens et services et par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre Ier du livre III de ce même Code.

Exposé

Dans de nombreuses villes, habitants et pouvoirs publics sont dans l'impasse face aux conséquences des consommations de drogues dans la rue, les seringues abandonnées et les tensions que ces situations peuvent provoquer dans l'espace public. Il existe pourtant une réponse toute concrète et pragmatique à ces enjeux : les haltes soins addictions (HSA), qui permettent de déplacer les consommations de la rue vers un lieu encadré, sécurisé et relié au système de soins.

Cet amendement vise donc à inscrire les haltes soins addictions (HSA, anciennement salles de consommations à moindre risque) dans le droit commun afin de pérenniser leur fonctionnement et soutenir leur déploiement sur l'ensemble du territoire.

Depuis 2016, les évaluations conduites sur les dispositifs de Paris et Strasbourg confirment leur intérêt. L'Inserm a notamment constaté une diminution des injections et des seringues abandonnées dans l'espace public, parallèlement à une amélioration de la santé des personnes accueillies, avec moins de complications liées aux injections, de surdoses et de recours aux urgences. L'IGAS et l'IGA ont également confirmé leur capacité à réduire les risques mais aussi les nuisances associées à la consommation de stupéfiants dans l'espace public.

Les HSA permettent ainsi de concilier deux impératifs qui sont trop souvent opposés : protéger la santé de personnes particulièrement vulnérables et améliorer concrètement la tranquillité des quartiers. Plus de 550 000 consommations ont été réalisées dans les deux salles existantes depuis leur ouverture : autant de consommations qui n'ont pas eu lieu dans la rue.

Pourtant, ces dispositifs demeurent juridiquement expérimentaux et leur cadre actuel prendra fin le 31 décembre 2027. Maintenir cette incertitude revient à faire peser le risque d'une interruption de dispositifs dont l'utilité est désormais documentée, mais aussi du retour dans l'espace public de centaines de consommations aujourd'hui réalisées dans un cadre supervisé.

Il est donc urgent de sortir les HSA du statut d'expérimentation. Leur inscription dans le droit commun permettra aux collectivités confrontées à des scènes ouvertes de consommation de disposer d'un outil supplémentaire, éprouvé et encadré, pour réduire les nuisances, prévenir les décès et ramener vers le soin des personnes souvent très éloignées des dispositifs sanitaires et sociaux.

Amendement n° 14

Article additionnel n° 25 bis

Protéger les personnes qui portent assistance aux victimes d'urgence médicale

(Amendement de la Fédération Addiction soutenu par l'Uniopss)

Après l'article 25, insérer l'article suivant :

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

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

Exposé

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

La loi actuelle punit la consommation de stupéfiants de lourdes sanctions : un an de prison et 3 750 € d'amende. Dans bien des cas d'urgence médicale, cet interdit pousse les personnes ou leurs proches à retarder l'appel des secours, voire à y renoncer. Le présent amendement, inspiré des lois dites du « bon Samaritain » en vigueur au Canada et aux États-Unis, vise à protéger la personne qui appelle les secours de poursuites pour usage et détention de stupéfiants afin d'inciter à recourir dès que nécessaire aux services d'urgence et, ainsi, de sauver des vies.

Amendement n° 15

Article additionnel n° 26 bis

Rapport sur la programmation du déploiement des places et des équipes pour les ACT, LAM, LHSS, ESSIP et EMSP

(Amendement de l'Uniopss et de la Fédération santé habitat)

Après l'article 26, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le gouvernement remet au parlement, avant le 1er octobre 2028, un rapport évaluant les besoins de places et d'équipes pour les appartements de coordination thérapeutique (ACT), les lits halte soins santé (LHSS), les lits d'accueil médicalisés (LAM), les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP) et les Equipe mobile santé précarité (EMSP).

Ce rapport devra notamment :

- Evaluer les besoins région par région du nombre de places et d'équipes ;
- Evaluer la programmation pluriannuelle sur cinq ans d'autorisations d'installations et les dotations limitatives régionales y correspondant ;
- Proposer des modalités d'articulation avec les secteurs médico-social et sanitaire pour éviter les ruptures de soins et de parcours.

Exposé

Le Ségur de la santé avait acté, dans sa mesure 27, une première avancée dans le développement des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), des lits Halte Soins Santé (LHSS) et des lits d'accueils médicalisés (LAM). Toutefois, le secteur constate une absence de programmation et de planification de ces dispositifs sur les années à venir alors que nous sommes dans un contexte d'accroissement du nombre de personnes malades chroniques, et d'augmentation importante du nombre de personnes mal logées (1 118 000 personnes privées de logement personnel en France en 2024, dont 350 000 personnes sans domicile fixe, selon Fondation pour le logement des défavorisés).

Les Équipes Spécialisées de Soins Infirmiers Précarité (ESSIP) et les Equipe mobile santé précarité (EMSP) complètent ce continuum de prise en charge : elles apportent des soins infirmiers et médicaux de proximité aux personnes les plus éloignées du système de santé, notamment en habitat précaire ou à la rue, et permettent d'orienter vers l'ACT, le LHSS ou le LAM les personnes qui en relèvent. Leur développement souffre de la même absence de programmation pluriannuelle que les dispositifs d'hébergement.

Pourtant, ces structures permettent l'accès aux soins pour ces personnes et favorisent leur inscription dans un parcours de santé, en particulier pour les plus fragiles. Ces structures complètent les services des hôpitaux, car elles offrent des solutions en amont et en aval des hospitalisations (notamment pour réduire le problème des « bed blockers »), tout en étant beaucoup moins coûteuses qu'une hospitalisation, mais complémentaires, contribuant ainsi à la promotion de l'efficience en santé. A titre d'illustration, une nuit d'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) coûte en moyenne environ 800 €, contre 107 € en ACT, 134 € en LHSS et 238 € en LAM.

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

Malgré leur utilité, en 2024, 2 706 candidatures n'ont pas pu être admises en ACT hébergement, faute de places disponibles, les laissant dans une situation particulièrement précaire (source DGCS ; analyse des besoins Fédération Santé Habitat, mai 2026). De plus, les dispositifs d'hébergement (ACT, LHSS, LAM) n'ont connu aucune programmation de places nouvelles en 2025 et 2026 — deux exercices consécutifs sans développement de l'offre, alors même que les besoins non couverts continuent de croître.

Il n'est pas entendable de se priver des ACT, LHSS, LAM, ESSIP et EMSP alors l'efficience des parcours de soins guide la nouvelle organisation de notre système de santé. L'analyse des besoins de la Fédération Santé Habitat (mai 2026) évalue à 12 870 le nombre de places et équipes manquantes, tous dispositifs de la filière santé-précarité confondus (ACT hébergement, ACT hors les murs, LHSS, LAM, ESSIP, équipes mobiles), soit un besoin de financement de 467,2 M€ par an — moins de 0,18 % de l'ONDAM 2026. C'est pour cela qu'il est nécessaire de produire un rapport proposant une évaluation des besoins de places et d'équipes en ACT, LHSS, LAM, ESSIP et EMSP, ainsi qu'un échéancier d'investissement sur cinq ans pour faire monter en puissance ces dispositifs et répondre à l'augmentation des besoins sociaux.

Amendement n° 16

Article additionnel n°27 bis

Taxe sur les salaires

(Amendement de l'UNA soutenu par l'Uniopss)

I. – L'article 231 du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Le 2 *bis* est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ils ne sont pas non plus applicables aux rémunérations versées par les établissements publics de santé, par les établissements de santé privés à but non lucratif et par les établissements sociaux et médico-sociaux publics ou gérés par des personnes morales de droit privé à but non lucratif. » ;

2° Au 7, les mots : « au second alinéa » sont remplacés par les mots : « aux deux derniers alinéas ».

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

Exposé

Cet amendement vise à supprimer les taux majorés de la taxe sur les salaires pour les établissements publics de santé, les établissements de santé privés à but non lucratif et les établissements sociaux et médico-sociaux publics ou gérés par des personnes morales de droit privé à but non lucratif.

Il est proposé de ne conserver qu'un taux unique de 4,25 % afin de redonner des marges de manœuvre financières à ces structures et de permettre une revalorisation des salaires des secteurs sociaux et médico-sociaux.

Or, l'assiette de la taxe sur les salaires repose sur la masse salariale, indépendamment des résultats de l'activité. A ce titre, cette taxe entraine plusieurs effets pervers :

- Elle est un frein à la mutualisation des services autonomie à domicile. En effet, la taxe est assortie d'un abattement (24 041 € euros pour 2025), appliqué à l'ensemble de la taxe due par chaque employeur qui incite donc les structures à conserver une taille modeste. En effet, l'abattement ne produit un effet que sur la masse salariale des 25 premiers salariés des services, quel que soit leur effectif. La taxe sur les salaires est donc un frein au regroupement et à la mutualisation des ESMS, regroupement et mutualisation qui sont un enjeu essentiel de la réforme des services autonomie à domicile ;
- Elle est une incitation au maintien des bas salaires car elle est calculée sur le montant des rémunérations. Ainsi, les revalorisations salariales, pourtant nécessaires pour accroitre l'attractivité du secteur, sont souvent remises en question car entrainant une augmentation de la taxe sur les salaires.

- Elle constitue une incitation au temps partiel : les tranches de taxe sur les salaires étant uniquement évaluées selon les montants des salaires versés sans tenir compte de la durée du travail, elle incite à maintenir des rémunérations basses par le travail à temps partiel. Ainsi, le rapport Libault du 28 mars 2019, reprenant un référé de la Cour des comptes de 2018 indique : « Au-delà de la complexité qui en résulte pour les redevables, les règles de calcul de la taxe sur les salaires vont à l'encontre des objectifs de la politique de l'emploi en incitant au recours à des salariés à temps partiel ou à une rotation rapide des salariés sur un même poste de travail ».
- La taxe sur les salaires est un frein au développement de la qualité des prestations. En effet, l'organisation des interventions des services à domicile, la garantie de la qualité de vie au travail, le respect d'une réglementation complexe nécessitent le soutien d'un encadrement intermédiaire formé. Or, la taxe sur les salaires, réduit les marges de manœuvre des structures quant à la rémunération de ces encadrants.

Amendement n° 17

Article additionnel n° 29 bis

Drogues et addictions : financer de manière pérenne la prévention

(Amendement de la Fédération Addiction soutenu par l'Uniopss)

Après l'article 29, l'article suivant est inséré :

I – Le quatrième alinéa de l'article L. 314-8 du Code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La dotation globale des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie comprend les dépenses afférentes aux missions de prévention individuelle et collective mentionnées à l'article L. 3411-6 du Code de la santé publique. »

II – La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les alcools prévue au chapitre III du titre Ier du livre III du Code des impositions sur les biens et services.

Exposé

La prévention constitue un objectif constamment réaffirmé des politiques publiques de santé. En matière d'addictions en particulier, intervenir précocement pour prévenir ou retarder les consommations et réduire leurs conséquences constitue un levier majeur de santé publique.

Pourtant, les actions de prévention menées par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ne bénéficient aujourd'hui d'aucun financement pérenne dans le cadre de leur dotation médico-sociale relevant de l'ONDAM. Elles reposent principalement sur des appels à projets, souvent limités à quelques années, qui contraignent les structures à rechercher régulièrement de nouveaux financements pour poursuivre des actions pourtant inscrites dans la durée.

Cette situation est d'autant moins cohérente que la prévention suppose des interventions répétées, une présence durable auprès des publics et des partenariats construits dans le temps. Or le recours systématique aux appels à projets fragilise les équipes, interrompt certaines actions, met les structures en concurrence et conduit à une prévention fragmentée selon les publics, territoires ou thématiques successivement financés. Le rapport de l'IGAS commandité par le ministère de la Santé et publié en juin 2026 aboutit au même constat : les actions pérennes ayant démontré leur utilité doivent bénéficier de financements pérennes[10], tandis que les financements sur appels à projets doivent retrouver leur vocation de soutien à l'innovation et à l'expérimentation. L'IGAS souligne par ailleurs la nécessité de renforcer la prévention pour réduire le poids considérable des addictions sur le système de santé.

[10] *Addictions : améliorer les parcours de prise en charge , IGAS, 2026.*

Pérenniser les financements constitue par ailleurs un levier d'économies à moyen et long terme : l'évaluation menée par Santé publique France sur le programme de prévention au collège *Unplugged* estime qu'un euro investi permet d'économiser six euros de dépenses de santé[11]. En intégrant plus largement les coûts évités pour la société, le retour sur investissement pourrait atteindre 150 € pour un euro investi, un chiffre régulièrement rappelé par le gouvernement lui-même dans les communications de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

Le présent amendement vise donc à intégrer le financement des actions de prévention des CSAPA à leur financement médico-social de droit commun dans le cadre de l'ONDAM, afin de garantir leur continuité et leur déploiement dans la durée. Les appels à projets conserveraient ainsi leur fonction première : financer des actions ponctuelles, expérimentales ou innovantes.

[11] *Estimation du retour sur investissement du programme Unplugged dans le contexte français , Santé publique France, 2025.*

Amendement n° 18

Article additionnel n° 35 bis

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

(Amendement d'Addictions France soutenu par l'Uniopss)

Après l'article 35, insérer un article ainsi rédigé :

I – Après l'alinéa 6 de l'article L. 312-8 du Code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour les établissements cités à l'article L 312-1 du Code de l'action sociale et des familles relevant de son périmètre, et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, pour les établissements relevant du 9° du même article, contribuent à la compensation des surcoûts supportés par les établissements et services médico-sociaux tous les 5 ans, induits par l'obligation d'accréditation des organismes prévue au premier alinéa du présent article. »

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

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

Exposé

Cet amendement a pour but de garantir que la réforme de l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux ne se fasse pas au détriment de la qualité de l'accompagnement. Le référentiel d'évaluation, de nouveau mise à jour en 2025, plus rigoureuse et axée sur l'amélioration continue, impose aux établissements des charges financières et humaines supplémentaires qu'ils ne peuvent supporter seuls. Sans un soutien financier adéquat et pérenne, les établissements, en particulier les plus fragiles, risquent de ne pas pouvoir mettre en œuvre les plans d'action nécessaires ou même de compromettre leur équilibre financier.

L'enjeu est de taille : une réforme ambitieuse, mais non financée, se traduirait par un affaiblissement du secteur, une dégradation de l'offre de soins et d'accompagnement sur le territoire, et une perte d'attractivité des métiers. Pour éviter cela, cet amendement propose d'augmenter les compensations de surcoût, et cela de manière durable avec une revalorisation prévue tous les cinq ans. Il s'agit d'un investissement essentiel dans la qualité de notre système de santé et de notre politique sociale, pour assurer à chaque personne vulnérable une prise en charge digne et à la hauteur de ses besoins.

En finançant correctement cette réforme, nous renforçons la capacité des professionnels à améliorer leurs pratiques, nous stabilisons les structures, et nous garantissons que l'évaluation devienne un véritable levier de progrès au service des usagers.

Amendement n° 19

Article additionnel n° 35 ter

Fonds pour la santé mentale

Après l'article 35, est inséré l'article suivant :

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

a) Après l'article L. 221-1-5, est créé l'article L. 221-1-6 rédigé comme suit :

« I – Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie mentionnée à l'article L. 221-1, un fonds d'innovation et de soutien à la santé mentale et à la psychiatrie.

II – Son conseil d'orientation stratégique est composé des acteurs institutionnels, des représentants des professions concernées, des associations et des représentants des personnes, participants à la politique publique de santé mentale. Son règlement intérieur et ses modalités de fonctionnement sont fixés par décret.

III – Les missions du fonds sont :

a) Développer des dispositifs d'accompagnement innovants pour les personnes vivant avec des troubles de la santé mentale, selon les modalités de l'article L. 162-31-1 du Code de la Sécurité sociale.

b) Organiser la transversalité entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, au sens du 9° de l'article L. 221-1 du Code de la Sécurité sociale.

c) Financer de manière pérenne, après évaluation, les dispositifs mentionnés au a) du III du présent article.

IV – Le fonds peut participer au financement d'actions des associations et d'organismes publics développant des activités de recherche, de formation, de sensibilisation, de promotion ou de prévention en santé mentale et psychiatrie.

V – Le fonds remet au gouvernement et au parlement un rapport d'activité public chaque année et au plus tard le 1er octobre.

VI - Les ressources du fonds mentionné au I du présent article sont constituées d'une fraction égale à 100 % du produit de la taxe sur certains services numériques mentionnés à l'article L. 453-46 du Code des impositions sur les biens et services, prélevée sur la part de cette taxe affectée à la Caisse nationale de l'assurance maladie en application du 7° bis de l'article L. 131-8 du Code de la Sécurité sociale. »

b) L'article L. 131-8 du Code de la Sécurité sociale est modifié comme suit :

Après l'alinéa 7°, un alinéa 7° bis est inséré :

« 7° bis –Le produit de la taxe sur certains services numériques mentionnés à l'article L. 453-46 du Code des impositions sur les biens et services est reversé à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du Code de la Sécurité sociale, pour la part correspondant à 50 %. »

II – Le Code des impositions sur les biens et services est ainsi modifié :

Le taux mentionné au 2° de l'article L. 453-70 « 3 % » est remplacé par « 6 % »

Exposé

La décision d'attribuer le label Grande cause nationale 2025 à la santé mentale a le mérite d'apporter une reconnaissance publique à ce problème majeur de la société française. Cependant, si une campagne de lutte contre la stigmatisation de la santé mentale est utile, elle doit s'accompagner d'actions concrètes visant à une amélioration et à une réorganisation de l'offre en santé mentale et en psychiatrie.

Pour rappel, selon le ministère de la santé :

- 13 millions de personnes sont concernées par un trouble psychique chaque année en France (19 % de la population française)
- 3 millions vivent avec des troubles psychiques invalidants.
- 53 % des Français ont ressenti une souffrance psychique au cours des 12 derniers mois.
- La France est le plus gros consommateur de psychotropes au monde : plus d'un quart des Français ont recours à des antidépresseurs, anxiolytiques ou somnifères.

La grande cause a permis de faire connaître cette problématique rencontrées par de nombreux citoyens, notamment des jeunes. Si les annonces faites par le ministre de la Santé le 12 juin dernier sont louables, elles n'ont rien de nouveau.

Rappelons que depuis 2018, le gouvernement a mis en place une feuille de route « santé mentale et psychiatrie »[12], feuille de route qui a été réactualisée à plusieurs reprises : notamment lors des assises de la santé mentale et de la psychiatrie en 2021 ou des assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant en 2023.

Ainsi, depuis 2018, le gouvernement sait et a connaissance des problématiques de santé mentale qui traversent la population et qui se sont amplifiés avec le COVID, bien que ces problèmes préexistaient largement avant la pandémie.

Pourtant, le bilan de la feuille de route gouvernementale est décevant, les ambitions sont fixées sur des délais indéterminés, la feuille de route souffre d'une absence de financement chronique et elle peine à justifier les avancements de ses actions.

Par le présent amendement, l'Uniopss propose[13] de renforcer le Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie, création d'Emmanuel Macron en 2019. Aujourd'hui, ce fonds n'a pas d'existence légale et consiste en un appel à projet de 10 millions d'euros par an.

En se basant sur les conclusions de la commission d'enquête sur les effets psychologiques de TikTok sur les mineurs[14], l'Uniopss propose un doublement de la taxe sur les GAFAM et d'en attribuer 50 % à un Fonds d'innovation et de soutien à la santé mentale et à la psychiatrie. D'après un amendement déposé pour le PLF 2025[15], un doublement de la taxe pourrait rapporter un total de 1,56 milliard d'euros à l'État par an. Ainsi, la moitié de ce résultat serait attribuée à l'Assurance Maladie pour financer ce fonds, ce qui est suffisant pour couvrir les besoins identifiés dans la feuille de route santé mentale et psychiatrie et n'engagera pas de dépenses pour l'État ou l'Assurance Maladie.

---

[12] *Gouvernement, bilan juin 2025 de la feuille de route santé mentale et psychiatrie, juin 2025*
[13] *Uniopss, Plaidoyer pour une politique globale de Santé mentale, juin 2025*
[14] *Assemblée nationale, Commission d'enquête sur les effets psychologiques de TikTok sur les mineurs*
[15] *Projet de loi de finances pour 2025 (no 324) Amendement n°I-1367 - Assemblée nationale*

Ce fonds aura pour mission de développer des dispositifs d'accompagnement innovants (pair-aidance, approche non-médicamenteuse, modernisation de la psychiatrie, arrêt de l'usage de la contention, etc.) ainsi que la promotion et la prévention en santé mentale. Si ces dispositifs d'accompagnement sont concluants, ils seront généralisés. Une attention particulière sera portée aux accompagnements intersectoriels rapprochant le sanitaire, le médico-social et le social.

Ce fonds doit être un puissant levier de transformation et de sauvetage pour la santé mentale et la psychiatrie en France.

Amendement n° 20

Article additionnel n° 35 quater

Observatoire de la financiarisation

Après l'article 35, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

Exposé

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

Par exemple, des acteurs ont détourné les modèles des centres de santé dentaire, ophtalmologique et orthoptiques à des fins pécuniaires, alors que ces centres ont dans leur statut l'obligation de non-lucrativité. Ces acteurs ont également employé des personnels sous-qualifiés ayant entrainer la mutilation de multiples patients. L'Assurance maladie a dû augmenter les contrôles dans ces structures. Aussi, l'Assurance maladie s'inquiète de l'augmentation exponentielle des profils des sociétés de transports sanitaires, alors que ces derniers représentent une part de plus en plus importante dans le budget de l'assurance maladie. De plus, les récents scandales concernant la gestion des crèches et EHPAD privés lucratifs nécessite d'interroger l'introduction de la financiarisation dans notre système de solidarité. Enfin, le secteur de la prévention n'est désormais plus épargné par cette tendance, par exemple, dans les domaines du développement des compétences psychosociales ou de la promotion de la santé par la nature.

Ainsi, face à la commercialisation croissante de la santé des individus, il est plus qu'important de mesurer l'ampleur de ce phénomène et de se donner les moyens de limiter ses effets.

Amendement n° 21

Article n° 37

Supprimer la conditionnalité d'un an de résidence régulière en France pour l'accès de certains ressortissants étrangers à certaines prestations familiales

(Amendement Uniopss et Collectif ALERTE, AIDES, Amnesty International, ANAS, Apprentis d'Auteuil, ATD Quart Monde, CFDT, CGT, Changer de Cap, la Cimade, Collectif des Associations pour le Logement, Dom'Asile, Emmaus, FAS, FAS Ile de France, Fondation pour le Logement, FSU, GISTI, Habitat Cité, Médecins du Monde, La Mutualité française, Secours Catholique, Solidaires, UNSA, Women For Women France, Unicef France)

L'article 37 est supprimé.

Exposé

Le présent amendement vise à supprimer l'article 37 du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2027, qui instaure une condition d'un an de résidence régulière en France pour l'accès de certains ressortissants étrangers à certaines prestations sociales.

Le droit en vigueur prévoit déjà des conditions de résidence et, pour les ressortissants étrangers concernés, de régularité du séjour. L'article 37 y ajoute une condition d'ancienneté de résidence d'un an.

La mesure pourrait notamment toucher des familles arrivées en France dans le cadre du regroupement familial. Avec cette nouvelle condition, certaines familles pourtant régulièrement réunies en France pourraient devoir attendre avant de bénéficier de prestations destinées à leurs enfants.

Les conséquences pour les enfants ne peuvent pas être minimisées. L'étude d'impact du Gouvernement reconnaît elle-même que la mesure est susceptible de diminuer le revenu disponible des familles concernées et d'avoir un impact sur l'ensemble du foyer.

Or, les prestations familiales jouent un rôle important dans la réduction de la pauvreté des enfants. Les données issues du rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale montrent qu'elles réduisent en moyenne de **10,7 points le taux de pauvreté monétaire des enfants**. Cet effet atteint **27,1 points pour les familles monoparentales avec deux enfants ou plus**. Outre les allocations familiales, la mesure intègre la prestation d'accueil du jeune enfant alors même que le gouvernement entend faire de la petite enfance une priorité depuis des années. De jeunes parents se trouveraient ainsi sans appui financier pour accueillir dans les meilleures conditions leur nouveau-né dans une période de bouleversement familial.

L'article 37 ne concerne pas seulement les prestations familiales. La condition d'un an introduite à l'article L. 512-2 du code de la sécurité sociale s'appliquerait également, par le renvoi prévu à l'article L. 822-2 du code de la construction et de l'habitation, aux **trois aides personnelles au logement : l'aide personnalisée au logement (APL), l'allocation de logement familiale (ALF) et l'allocation de logement sociale (ALS)**.

Ce délai de carence va venir précariser des personnes au moment le plus précaire de leur entrée dans le logement. L'étude d'impact estime qu'environ **25 000 ménages** pourraient être concernés. Elle chiffre l'économie sur les aides personnelles au logement à **60 millions d'euros en année pleine**, dont 30 millions d'euros en 2027 compte tenu de l'entrée en vigueur prévue au plus tard le 1er juillet 2027.

Pour les seules prestations familiales, l'économie attendue est estimée à **1,8 million d'euros en année pleine à droit international constant**. L'étude d'impact indique par ailleurs que le rendement de la mesure pourrait augmenter avec la renégociation de certains accords et conventions de sécurité sociale.

Au-delà des économies attendues, **l'inscription dans la loi d'une nouvelle condition de durée de résidence crée un précédent en instaurant une différence de traitement entre personnes résidant régulièrement en France et placées devant un même besoin, en raison de leur seule nationalité**. Cela vient impacter directement les principes qui fondent notre pacte républicain : l'universalité des droits, la solidarité nationale, la protection des familles et le respect de la dignité de chacun".

L'étude d'impact indique qu'une durée de deux ans ou plus avait été envisagée, avant que le Gouvernement ne retienne une durée d'un an, notamment au regard des exigences constitutionnelles de proportionnalité.

L'Uniopss et le Collectif ALERTE considèrent qu'un objectif de maîtrise des dépenses sociales ne saurait justifier de retarder l'accès de familles résidant régulièrement en France à des prestations qui contribuent directement à la réduction de la pauvreté des enfants et à l'accès au logement.

Amendement n° 22

Article n° 38

Modifier l'article 38 relatif à la prolongation de l'expérimentation de la fusion des sections « Soins » et « Dépendance » en Ehpad

L'article 38 est ainsi modifié :

I – À compter du 1er janvier 2027, le régime de financement adapté des établissements mentionnés aux I, II et IV bis de l'article L. 313-12 du Code de l'action sociale et des familles, prévu à l'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, modifié par l'article 82 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, est généralisé à l'ensemble des établissements à compter du 1er janvier 2027.

II – Pour l'application de cette généralisation :

Un décret précise les modalités d'application du présent article, notamment les conditions de mise en place du forfait global unique.

Un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et des personnes âgées fixe la valeur nationale du point GIR à hauteur du plus haut niveau de valeur du point GIR pratiqué (hors territoires d'Outre-mer).

Exposé

L'expérimentation engagée par la LFSS pour 2024 a permis de tester, depuis le 1er juillet 2025, le forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie (près de 1 570 Ehpad concernés représentant 19% du total de places ainsi que 115 USLD). Les retours des acteurs, notamment ceux de l'Uniopss et plus généralement des autres fédérations, sont unanimes pour une généralisation au plus tôt. En effet, les retours récoltés dans notre réseau sont largement positifs en termes de simplification administrative et comptable et témoignent de la nécessité de pérenniser ce modèle tarifaire.

Cette fusion a également permis, dans la majorité des départements expérimentateurs, une augmentation de la valeur du point GIR appliquée, entraînant une hausse des recettes des établissements.

L'annexe 9 au projet de loi de financements de la sécurité sociale pour 2027, Fiches d'évaluation préalables des articles du projet, confirme ces résultats. Le bilan de l'expérimentation démontre :

- Une simplification importante pour les Ehpad**,** grâce à la suppression du cloisonnement entre les financements des soins et de la dépendance, qui facilite la gestion, la facturation, la tarification et le dialogue avec les financeurs ;
- Une meilleure adaptation aux besoins des résidents, par un financement unifié qui favorise une approche plus globale de l'accompagnement face à l'augmentation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins ;

- Une forte adhésion des acteurs : 99 % des établissements répondants à l'enquête d'évaluation sont favorables à la généralisation de la fusion et 16 des 18 départements ayant répondu souhaitent également son maintien (les 2 autres répondants ne se prononçant pas) ;
- Des effets positifs sur les inégalités territoriales de financement : La valeur du point GIR a augmenté dans 17 des 23 départements expérimentateurs et 52 % des établissements répondants constatent une hausse de leurs recettes ;
- Un renforcement de l'action des départements sur le maintien à domicile et la prévention de la perte d'autonomie, en raison du transfert de compétence du financement de l'autonomie, dont les actions en faveur de l'investissement, la qualité et la coordination des parcours entre domicile et établissement et structures rencontrant des difficultés.

La généralisation pourrait également résoudre la difficulté exprimée par plusieurs départements quant à la coexistence de deux régimes différents (expérimental et hors expérimentation).

De plus, la modalité de fixation de la valeur nationale du point GIR (VNPG) retenue dans l'expérimentation traduirait par un gel de la valeur du point appliqué dans plusieurs collectivités, gel qui perdurerait jusqu'à ce que cette VNPG dépasse la valeur antérieurement appliquée.

Dans un contexte économique et budgétaire marqué par la faiblesse des taux d'évolution de l'hébergement, une limitation des taux d'actualisation en 2026 et l'augmentation des charges nouvelles pesant sur les associations gestionnaires (taxe d'apprentissage, réforme de la réduction générale dégressive unique), un gel prolongé de la valeur du point GIR serait insoutenable pour les établissements concernés.

Pour garantir l'équité territoriale et la soutenabilité économique de la réforme, le présent amendement propose donc :

- de ne pas prolonger l'expérimentation mais de généraliser la fusion au 1er janvier 2027 ;
- de fixer la VNPG au niveau le plus élevé pratiqué des valeurs départementales (hors territoires d'Outre-mer) afin d'éviter tout gel. A défaut, maintenir et revaloriser annuellement la valeur départementale antérieure pour les territoires où la VNPG serait inférieure.

Cette sécurisation tarifaire est indispensable pour que la fusion des sections « Soins » et « Dépendance » produise pleinement et rapidement ses effets de simplification, de lisibilité et de renforcement des moyens des établissements, sans fragiliser les territoires où les valeurs de point sont historiquement plus élevées.

Amendement n° 23

Article additionnel n° 38 bis

Renforcer le forfait autonomie des résidences autonomie pour favoriser leur ouverture sur l'extérieur

A l'alinéa 3 du III de l'article L. 313-12 du Code de l'action sociale et des familles, ajouter une phrase ainsi rédigée :

« Ce décret précise également les modalités dans lesquelles le montant du forfait autonomie peut être majoré pour les résidences autonomie mettant en œuvre des actions de prévention de la perte d'autonomie ouvertes à d'autres publics que les habitants de la résidence, notamment, des personnes âgées isolées vivant à domicile ou des personnes en situation de handicap vieillissantes ».

Exposé

Les résidences autonomie mettent en œuvre des actions individuelles ou collectives de prévention de la perte d'autonomie, financées par le forfait autonomie, au profit de ses habitants et, le cas échéant, de personnes extérieures.

Faute de montant suffisant du forfait autonomie, la capacité des résidences autonomie à proposer des actions au-delà des habitants reste limitée et leur modèle économique est impacté.

Pourtant, les résidences autonomie composent l'écosystème de l'habitat intermédiaire dans une approche domiciliaire, dont le développement est recherché par les pouvoirs publics. En s'adressant également aux personnes âgées isolées à domicile ou aux personnes en situation de handicap vieillissantes, l'ouverture sur l'extérieur permet de promouvoir le lien social, de prévenir la perte d'autonomie, de favoriser les échanges intergénérationnels et d'offrir du répit et du soutien aux proches aidants.

Cet amendement permet à la CNSA de majorer, dans le cadre de la commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, le forfait autonomie des résidences autonomie qui s'engagent à proposer des activités de prévention de la perte d'autonomie aux personnes extérieures. Un décret fixe les conditions de cette majoration (critères d'éligibilité, plafonds applicables).

Amendement n° 24

Article additionnel n° 38 ter

Faire entrer le financement des SAD dans l'OGD de la branche Autonomie

(Amendement UNA soutenu par l'Uniopss)

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

I – L'article L. 314-3 du Code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

A la suite du premier alinéa du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sont considérés comme des organismes de Sécurité sociale au sens du présent article, les organismes bénéficiant des concours visés au 3° de l'article L. 223-8 du Code de la Sécurité sociale ».

II – L'article L. 241-10 du Code de la Sécurité sociale est ainsi modifié :

Le 10ème alinéa du III. est complété par les mots suivants :

« Sauf s'il s'agit de prestations financées par des concours visés aux a), b), e), g) du 3° de l'article L. 223-8 du Code de la Sécurité sociale ».

Exposé

Le rapport de la Cour des comptes sur la réforme des SAD et la décision cadre du Défenseur des droits sur le droit à l'autonomie des personnes en situation de handicap accompagnées à domicile, parus en 2026, pointent le même constat : le tarif socle d'une heure d'aide à domicile financée par les départements est largement inférieur au coût de revient réel d'une heure d'aide à domicile, de sorte que les SAD opèrent à perte, ce qui met en danger leur survie à court terme. Tandis que les SSIAD, financés par l'assurance maladie, sont en bien meilleure santé financière.

La création de la Branche Autonomie a été une avancée importante mais, pour autant, elle n'a pas apporté de changement significatif pour les services d'aide à domicile relevant de la compétence départementale. En effet, ces services et les prestations qu'ils mettent en œuvre comme l'APA et la PCH sont exclus des financements relevant de l'Objectif Général des Dépenses (OGD) qui représente 80% du budget de la Branche. Autrement dit, le secteur de l'aide à domicile n'est pas financé par la Branche Autonomie, celle-ci se bornant à couvrir une partie des dépenses des départements au titre de leur compétence d'action sociale, notamment l'APA et la PCH. Ainsi, il y a un secteur médico-social à deux vitesses : les établissements et services financé par l'OGD et ceux financés par les départements.

Ce dispositif apparait désormais obsolète car il exclut du périmètre de la branche autonomie des prestations comme l'APA et la PCH ainsi qu'une partie des services médico-sociaux dont les services d'aide à domicile. Le présent amendement, sans remettre en cause la compétence des départements, permet de reconnaitre ces derniers, par le biais des concours qu'ils reçoivent de la CNSA, comme organismes de sécurité sociale permettant aux services d'aide à domicile d'accéder aux financements de l'OGD et d'intégrer pleinement le périmètre de la branche autonomie.

Amendement n° 25

Article n°39

Modifier l'article 39 relatif à l'intéressement à l'efficience des Ehpad et des SAD

L'article 39 est ainsi modifié :

I. – Au troisième alinéa les mots « le directeur général de l'agence régionale de santé peut leur attribuer une dotation complémentaire » sont remplacés par « le directeur général de l'agence régionale de santé leur attribue une dotation complémentaire ».

II. – Compléter le dernier alinéa par les phrases suivantes :

« Ce décret est élaboré après concertation avec les représentants des établissements et services concernés. Il fixe les modalités de définition des objectifs et des indicateurs, qui tiennent compte notamment des caractéristiques des personnes accompagnées et de la réponse apportée à leurs besoins sur le territoire, des ressources humaines et financières des structures, ainsi que des spécificités des territoires d'implantation et de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale. »

Exposé

L'article 39 du PLFSS pour 2027 créé un mécanisme d'incitation financière pour les Ehpad et les services à domicile mixtes en permettant au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) d'attribuer une dotation complémentaire en cas d'atteinte des objectifs nationaux ou régionaux relatifs à l'efficience et la pertinence des activités de soins et de prévention de la perte d'autonomie (réduction des hospitalisations évitables, prévention des chutes, sécurisation des retours après hospitalisation, baisse de la consommation de médicaments, etc.).

Cependant, alors même que l'accès à ce financement repose sur l'atteinte d'objectifs définis au niveau national, son versement ne reste qu'une faculté pour le directeur général de l'ARS. Ainsi, le respect des critères fixés ne garantit pas aux Ehpad et services le bénéfice du financement, selon la rédaction de l'amendement.

Le présent amendement vise donc à prévoir le versement obligatoire du financement dès lors que les conditions fixées par la loi sont remplies. L'ADMR, l'UNA, Adédom et la FNAAFP/CSF ont aussi porté cette demande.

Si l'objectif de valoriser les actions contribuant à la prévention des hospitalisations évitables, à la coordination des parcours et à une meilleure réponse aux besoins des personnes âgées est partagé, le décret qui fixera les conditions de mise en œuvre du dispositif devra prendre en compte plusieurs garanties précisées par l'Uniopss.

Tout d'abord, les indicateurs devront être construits en concertation avec les représentants du secteur médico-social. Ils devront être limités en nombre, pertinents et proportionnés, afin d'éviter de générer une charge administrative supplémentaire pour des équipes déjà fortement sollicitées et confrontées à des difficultés de recrutement.

L'appréciation des résultats devra également tenir compte des réalités auxquelles sont confrontés les Ehpad et les services à domicile : tensions en ressources humaines, contraintes budgétaires, niveau de

perte d'autonomie et de fragilité des personnes accompagnées, mais aussi caractéristiques des territoires. L'atteinte aux indicateurs ne dépend pas uniquement de l'action des structures. Dans certains territoires, l'insuffisance de l'offre sanitaire, médico-sociale ou de soins de ville peut avoir un impact direct sur les résultats. Les indicateurs devront aussi évaluer la réponse de l'établissement ou du service à la réponse aux besoins de la population sur son territoire d'implantation.

Une vigilance doit être portée quant à l'effet inégalitaire de ce type de dispositif : Les structures de grande taille disposent plus souvent de moyens d'ingénierie et de mutualisation davantage développés, notamment dans le secteur lucratif, ce qui peut favoriser l'atteinte aux objectifs.

Par ailleurs, les indicateurs retenus ne doivent pas créer d'effets contre-productifs. Un dispositif centré sur la réduction des hospitalisations pourrait conduire certaines structures à différer des orientations ou des prises en charge pourtant nécessaires pour des personnes particulièrement fragiles. Les objectifs fixés et l'appréciation par l'ARS doivent rester pleinement compatibles avec la qualité, la sécurité et la pertinence des accompagnements.

Ce nouveau mécanisme devra en outre être articulé avec les dispositifs existants, notamment l'évaluation de la qualité et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), afin d'éviter la multiplication des démarches, des reporting et des échanges avec les autorités de contrôle et de tarification.

L'annexe 9 au PLFSS prévoit une évaluation du dispositif au niveau de chaque ARS, sans inscription législative. Il apparaît indispensable qu'une consolidation nationale des données soit également organisée afin de s'assurer de l'effectivité de ce mécanisme, d'identifier les éventuelles disparités territoriales et de mesurer l'impact réel du dispositif sur la prévention, la coordination des parcours et l'efficience du système de santé.

Enfin, la mise en place de ce mécanisme ne saurait se substituer à l'engagement de travaux et de mesures relatives au modèle économique du secteur médico-social. Le développement croissant de financements conditionnés à l'atteinte de résultats ne peut tenir lieu de réponse aux difficultés structurelles rencontrées par les établissements et services. Dès lors, il convient de veiller à ce que ce dispositif ne conduise ni à la diminution des dispositifs de soutien aux structures en difficulté ni à l'introduction future de mécanismes de minoration financière qui viendraient aggraver les tensions existantes (scenario qui n'est pas exclu à terme par l'étude d'impact). La prévention et la réduction des hospitalisations évitables notamment passent avant tout par des moyens humains, matériels et financiers adaptés permettant aux acteurs du secteur médico-social de répondre pleinement aux besoins de santé et d'accompagnement des personnes âgées.

Amendement n° 26

Article additionnel n° 39 bis

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

Après l'article 39, 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.

Exposé

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° 27

Article additionnel n° 39 ter

Déterminer les contours d'une prestation universelle d'autonomie

Après l'article 39, 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. »

Exposé

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° 28

Article additionnel n° 39 quater

Loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge

Après l'article 39, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article 10 de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie est ainsi modifié :

Au premier alinéa, l'année : *« 2024 »* est remplacée par l'année *: « 2027 »*.

Exposé

Les annonces, par les différents gouvernements, sur une loi Grand âge se sont succédées, et pourtant, les acteurs de l'autonomie restent dans l'expectative.

La loi de programmation pluriannuelle sur le grand âge a été votée dans son principe par le Parlement à l'occasion de la loi Bien-Vieillir du 8 avril 2024 qui prévoyait le vote d'une telle loi avant le 31 décembre 2024, puis tous les cinq ans. Depuis, aucun mouvement en ce sens n'a eu lieu.

La concrétisation de cette ambition tarde à venir, alors que nous approchons de plus en plus des échéances ciblées dans les prévisions démographiques. Selon la DREES, les personnes âgées de 60 ans ou plus représenteraient 22,6 millions en 2045 contre 18,1 millions en 2021.

L'absence de vision à long terme engendre des inquiétudes de la part des personnes âgées, des établissements et services qui les accompagnent, des professionnels ainsi que de l'ensemble des acteurs.

L'état actuel est révélateur des problématiques structurelles que rencontrent les ESMS :

Pour la CNSA, 54,3 % des EHPAD privés non lucratifs étaient en déficit en 2022. Et plus globalement, plus de 65 % des ESMS estiment qu'ils termineront l'année 2025 en déficit, avec un déficit moyen de 209 000 €.

Le secteur subit un manque d'attractivité qui se traduit par une pénurie de professionnels et un turn-over du personnel massif.

Après la loi Bien-Vieillir, le PLFSS représente une opportunité pour réaffirmer la nécessité d'une projection sur le long terme et la garantie d'un financement pérenne au travers d'une loi d'envergure. Elle devra notamment s'inscrire dans le respect de la liberté du choix de son lieu de vie et de son accompagnement, d'un accompagnement par des professionnels formés en nombre suffisant, d'une garantie d'accessibilité financière des différentes formes d'habitats, et d'un renforcement de la prévention.

Il en va de la dignité des personnes âgées et la survie des structures les accompagnant.

Amendement n° 29

Article additionnel n° 39 quinquies

Permettre le report possible des aides APA non réalisées sur une période d'un an

Après l'article 39, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« À l'article L. 232-2 du Code de l'action sociale et des familles, après le mot : « réglementaire », insérer les mots : « et sur la base d'un montant annualisé. »

Exposé

Le calcul de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est réalisé sur la base d'une grille nationale fixant les plafonds mensuels en fonction du classement en GIR de la personne conformément à l'article R. 232-10 du Code de l'action sociale et des familles. Le présent amendement vise à lisser les heures du plan d'aide APA sur une année.

La LFSS pour 2023 facilite le report des heures qui n'auraient pas été utilisées et prévues par le plan d'aide. Depuis le 1er mai 2024, les heures d'aide à domicile prévues dans les plans d'aide sont contrôlées sur une période de référence de six mois. Cette mesure a été une première étape afin d'assouplir l'utilisation du plan d'aide de l'APA et permet à la personne de bénéficier d'un accompagnement plus flexible et renforcé en fonction de sa situation.

Toutefois, il serait souhaitable que les heures d'aide à domicile qui n'ont pas été utilisées dans leur totalité par le bénéficiaire puissent être reportées sur l'année. En effet, dans certaines situations, la personne perd ses heures lorsqu'elle n'a pas pu utiliser l'ensemble de son plan d'aide et qu'elle n'a pu les reporter sur un autre mois selon ses besoins (par exemple, en cas de sortie d'hospitalisation).

Amendement n° 30

Article additionnel n° 39 sexies

Supprimer la saturation du plafond du plan d'aide APA pour le bénéfice du droit au répit

Après l'article 39, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« A la dernière phrase de l'article L. 232-3-2 du Code de l'action sociale et des familles, après le mot : « plafond », sont insérés les mots : *« et sans exiger systématiquement la saturation du plan d'aide ». »*

Exposé

9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021 d'après la DREES. Le droit au répit pour les proches aidants a été consacré par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Ce droit offre aux aidants plusieurs solutions d'aide au répit (accueil de jour ou de nuit de la personne aidée, relais à domicile, etc.) afin de les soulager et de se libérer du temps.

Lorsque le plan d'aide APA de la personne aidée est atteint, le droit au répit peut être activé. Le fait que le droit au répit nécessite une saturation du plafond du plan d'aide APA avant d'être mobilisé freine la mobilisation de celui-ci quand bien même les besoins sont présents et que la situation d'épuisement est déjà subie.

Par conséquent, le présent amendement vise à supprimer la saturation du plafond du plan d'aide APA pour bénéficier du droit au répit.

Amendement n° 31

Article additionnel n° 39 septies

Rémunérer le congé de proche aidante

(Amendement d'APF France Handicap soutenu par l'Uniopss)

Après l'article 39, insérer un article ainsi rédigé :

« *Le titre IV du livre cinquième du Code de la Sécurité sociale est complété par un chapitre V ainsi rédigé :*

CHAPITRE V

Indemnité journalière de proche aidant

Art. L. 545-1 – La personne qui aide un proche présentant un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants bénéficie, pour chaque jour de congé prévu à l'article L. 3142-22 du Code du travail, d'une allocation journalière de proche aidant.

Ces dispositions sont également applicables aux agents publics bénéficiant du congé de proche aidant prévu par les règles qui les régissent.

Un décret précise les modalités d'application du présent article.

Art. L. 545-2 – La particulière gravité du handicap ou de la perte d'autonomie visés au premier alinéa de l'article L. 545-1 ainsi que le caractère indispensable d'une présence soutenue et de soins contraignants sont attestés par un certificat médical détaillé, établi par le médecin qui suit le proche au titre du handicap ou de la perte d'autonomie susmentionnés.

Le droit à la prestation est soumis à un avis favorable du service du contrôle médical prévu aux articles L. 315-1 et L. 615-13 ou du régime spécial de sécurité sociale.

Le droit est ouvert pour une période égale à la durée prévisible du traitement du proche visé au premier alinéa. Cette durée fait l'objet d'un nouvel examen selon une périodicité fixée par décret.

Art. L. 545-3 – L'allocation est versée dans la limite d'une durée maximum fixée par décret pour un même proche et par handicap ou perte d'autonomie. Le nombre maximum d'allocations journalières versées au cours de cette période est égal à trois cent dix.

Au-delà de la durée maximum prévue au premier alinéa, le droit à l'allocation journalière de proche aidant peut être ouvert de nouveau, en cas de rechute ou de récidive de la pathologie du proche au titre de laquelle un premier droit à l'allocation journalière de proche aidant avait été ouvert, dès lors que les conditions visées aux articles L. 545-1 et L. 545-2 sont réunies.

Art. L. 545-4 – Le montant de l'allocation est calculée sur la base des trois derniers salaires mensuels perçus par le salarié avant le dépôt de la demande et ne peut être supérieure au quart du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du Code de la Sécurité sociale. Dans le cas mentionné à l'article L. 3142-20 du présent Code, cette indemnité peut être cumulée avec la rémunération du salarié pour autant que l'addition de ces deux montants ne dépasse pas la rémunération du salarié à temps plein. Cette indemnité est cumulable avec la rémunération découlant de la situation mentionnée au deuxième

alinéa de l'article L. 3142-18. Elle n'est pas cumulable avec l'allocation mentionnée à l'article L. 544-1 du Code de la Sécurité sociale.

Le versement de l'indemnité de proche aidant est intégré par l'employeur à la déclaration mentionnée au premier alinéa de l'article L. 133-5-3 du même Code. »

Exposé

Le vieillissement de la société et le virage domiciliaire sont motifs que l'entourage proche est de plus en plus sollicité devant la perte d'autonomie. En 2015, les économistes Bérengère DAVIN, Alain PARAPONARIS et Christel PROTIÈRE ont estimé que le travail des aidants familiaux pouvait représenter entre 12 et 16 milliards d'euros, soit de 0,6 à 0,8 % du produit intérieur brut.

Sur les 11 millions d'aidants familiaux en France, plus de la moitié sont actuellement en activité, et une grande majorité de ces aidants rencontre d'importantes difficultés à concilier vie professionnelle et vie d'aidant.

Le Code du travail prévoit depuis fin 2015 un congé pour les proches aidants leur permettant de suspendre ou de réduire temporairement leur activité professionnelle afin de s'occuper d'un proche, 3 mois renouvelables dans la limite d'un an sur l'ensemble de la carrière. Le Code de la Sécurité sociale prévoit depuis octobre 2020 la possibilité du versement d'une allocation journalière de proche aidant (AJPA) pour un maximum de 66 jours fractionnables sur l'ensemble de la carrière professionnelle (art. L. 168-9). Y recourir est donc difficile pour un salarié car lourd de conséquences sur le plan financier.

Le présent amendement propose donc de le rémunérer sur les mêmes bases législatives que les indemnités maladies en insérant un chapitre spécifique dans le Code de la Sécurité sociale.

Amendement n° 32

Article n° 39 octies

Evaluation du Plan antichute des personnes âgées

Après l'article 39, insérer 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 évaluant la mise en œuvre et les résultats du Plan antichute des personnes âgées 2022-2024.

Ce rapport évalue notamment l'évolution du nombre de chutes mortelles ou entraînant une hospitalisation des personnes âgées de 65 ans et plus, les disparités territoriales dans la mise en œuvre des actions de prévention, les moyens financiers mobilisés et l'impact de ces actions sur les dépenses de l'Assurance maladie et de la branche Autonomie.

Il dresse également un bilan de la mise en œuvre des différents axes du plan et identifie les actions ayant démontré leur efficacité ainsi que les conditions nécessaires à leur pérennisation et leur transposabilité.

Exposé

Lancé en février 2022, le Plan triennal antichute des personnes âgées avait pour objectif de réduire de 20 % en trois ans le nombre de chutes mortelles ou entraînant une hospitalisation des personnes âgées. Cet objectif répondait au constat préoccupant selon lequel, chaque année, 2 millions de chutes de personnes âgées de plus de 65 ans sont responsables de 10 000 décès et de plus de 130 000 hospitalisations. Les chutes entraînent des conséquences physiques, psychologiques, sociales et peuvent constituer une rupture dans le parcours de vie des personnes, par exemple lorsqu'une chute à domicile détériore l'état de santé de la personne et précipite son entrée en établissement.

Le plan reposait sur cinq axes : le repérage des risques de chute, l'adaptation du logement, l'accès aux aides techniques à la mobilité, le développement de l'activité physique ainsi que le recours à la téléassistance.

Au-delà de l'enjeu majeur de santé publique et de prévention de la perte d'autonomie, la prévention des chutes représente également un enjeu important pour les finances publiques. Le coût des chutes était estimé, par la Cour des comptes, à 2 milliards d'euros par an pour la collectivité, dont 1,5 milliard d'euros pour l'Assurance maladie, une partie de ces dépenses pouvant être évitée grâce à la prévention[16]. Le rapport Charges et produits de l'Assurance maladie pour 2027 précise que, en 2023-2024, 4,1 % des résidents d'Ehpad de 65 ans et plus ont été hospitalisés pour une hospitalisation potentiellement évitable, soit 27 695 personnes, contre 2,1 % des personnes du même âge vivant hors Ehpad[17].

[16] *Cour des comptes, « La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées », 2021.*
[17] *Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2027. Juillet 2026.*

Le plan mobilisait de nombreux partenaires nationaux et prévoyait une déclinaison territoriale de ses objectifs associant notamment les agences régionales de santé, les collectivités territoriales, les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, les caisses de sécurité sociale, ainsi que les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. L'impact du plan sur la réduction des dépenses d'assurance maladie et de la collectivité devait aussi être analysé.

Un premier bilan à un an du plan a été présenté au sein de la Conférence des professions de santé le 28 février 2023. À son issue, il apparaît nécessaire d'en dresser un bilan national, consolidant notamment les résultats obtenus dans les territoires, afin de mesurer l'atteinte de ses objectifs, l'efficacité des actions engagées et leur impact sur les dépenses de l'Assurance Maladie et de la branche Autonomie, tel que prévu dans le plan.

Cette évaluation doit également permettre d'identifier les actions qui se sont avérées efficaces afin d'éclairer les décisions relatives à leur pérennisation, leur généralisation et leur financement dans le cadre de la politique de prévention de la perte d'autonomie.

Amendement n° 33

Article additionnel n°39 nonies

Paiement différé des frais médicaux pour les personnes majeures protégées

Après l'article 39, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Code de la Sécurité sociale est ainsi modifié :

Après l'article L. 161-36-5 du Code de la Sécurité sociale, il est inséré un article L.161-36-6 ainsi rédigé :

« Les frais médicaux et paramédicaux restant à la charge de la personne faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne ou aux biens après remboursement par les régimes obligatoires ou complémentaires d'assurance maladie sont acquittés par la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation.

Les professionnels et établissements de santé facturent ces frais directement à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation, sans exiger un paiement préalable de la personne protégée.

Les modalités d'application du présent article seront précisées par décret, notamment les délais de règlement, les conditions de transmission des factures et les adaptations aux systèmes de facturation. »

Exposé

Les personnes majeures protégées en mesure de protection juridique peuvent rencontrer des difficultés pour effectuer un paiement immédiat de leurs frais médicaux (ticket modérateur, dépassements, reste à charge). Ces situations peuvent conduire à des retards de soins, à des refus de prise en charge, à des tensions avec les professionnels de santé, à renforcer l'anxiété liée aux soins ou à déstabiliser les finances contraintes des personnes.

Afin de renforcer l'accès aux soins et la relations aux professionnels de santé des personnes majeures protégées, cet article propose de rendre systématique le paiement différé des frais médicaux pour ces publics. La facture liée aux soins de santé serait directement transmise au mandataire judiciaire, chargé d'effectuer le règlement.

Ce mécanisme limiterait les situations d'impayés pour les professionnels de santé et faciliterait leurs relations avec les personnes majeures protégées en garantissant le paiement. Il améliorerait également la coordination entre professionnels de santé et mandataires.

La mesure ne crée pas de charge pour l'État puisqu'elle ne modifie pas le montant des prestations prises en charge mais réorganise seulement la chaîne de paiement. En sécurisant les paiements et évitant les impayés, elle peut également être bénéfique aux finances publiques.

Amendement n° 34

Article n° 39 decies

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

(Amendement Uniopss soutenu par Cohabilis)

Après l'article 39, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

Exposé

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

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

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

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

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

En effet, elle permet aux jeunes de faire des économies substantielles : 1 815 € en moyenne par contrat de 7,5 mois. Sur la même durée, pour la Caisse d'Allocations Familiales (CAF), l'économie moyenne sur l'allocation logement est quant à elle de 615 €.

Elle contribue également au bien vieillir par un maintien du lien social chez les aînés et par une prévention accrue des risques de « glissements » lors du vieillissement.

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

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

Amendement n° 35

Article additionnel n° 39 undecies

Expérimentation d'un dispositif d'interface médico-sociale pour l'accompagnement des personnes âgées en situation de grande précarité

(Amendement de la Fédération des acteurs de la solidarité soutenu par l'Uniopss)

Après l'article 39, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I – À titre expérimental, pour une durée de trente-six mois et dans un nombre limité de territoires arrêtés par le ministre chargé de la santé et des solidarités, l'État autorise le financement d'un dispositif d'interface médico-sociale dédié à l'accompagnement des personnes âgées en situation de grande précarité ou de sans-abrisme.

II – Ce dispositif a pour objet :

1. De faciliter et de sécuriser l'accès aux droits et la continuité des parcours de soins et d'accompagnement des personnes âgées précaires hébergées dans le secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion vers les structures de droit commun du secteur gérontologique ;
2. De former et d'apporter un appui technique et juridique aux professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire pour le repérage et la prise en charge des publics vieillissants en situation de précarité ;
3. De coordonner l'intervention des équipes mobiles de santé, des structures de l'hébergement d'urgence et des établissements pour personnes âgées dépendantes.

III – L'expérimentation fait l'objet d'un financement annuel dédié, assuré conjointement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et l'Assurance maladie, sous la forme d'une dotation forfaitaire attribuée aux structures porteuses du dispositif.

IV – Les modalités d'application du présent article, le cahier des charges de l'expérimentation, la liste des territoires pilotes ainsi que les conditions de son évaluation scientifique et financière — visant notamment à mesurer la réduction des ruptures de parcours et des coûts de santé induits par des hospitalisations inopportunes — sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, des solidarités et du logement. Un rapport d'évaluation est transmis au Parlement six mois avant le terme de l'expérimentation.

Exposé

Il ne s'agit pas d'expérimenter une pratique inconnue, mais d'adosser un cadre financier national pérenne à des savoir-faire de terrain développés et éprouvés depuis plus de vingt ans par les acteurs de la solidarité.

L'efficacité de ces démarches d'interface est documentée par les bilans d'activité des structures pionnières. À Paris, la Mission Interface du Samusocial de Paris, déployée depuis 2017, accompagne chaque année plus de 1 100 personnes âgées précaires et réalise plus de 250 orientations pérennes vers le secteur gérontologique de droit commun. À Lyon, la Plateforme Alliance du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri sécurise la prise en charge médicale et l'évaluation de l'autonomie directement au sein des hébergements d'urgence. Ces dispositifs apportent la preuve qu'un maillage médico-social coordonné prévient les ruptures de soins sans nécessiter la création de structures lourdes supplémentaires.

Sur le terrain, la situation est critique :

- Un vieillissement précoce et massif : en raison des conditions de vie à la rue ou en habitat précaire, l'espérance de vie moyenne des personnes sans-abri s'élève à seulement 48,8 ans (et 55 ans pour celles en hébergement d'urgence).
- Une pression constante sur le secteur social : selon la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS), 89 % des SIAO et services de veille sociale accompagnent déjà des personnes présentant des signes de vieillissement dès l'âge de 50 ans, un phénomène en hausse marquée pour 15 % d'entre eux.
- Un désarroi professionnel face au manque de solutions : 84 % des travailleurs sociaux se déclarent démunis face à la perte d'autonomie des publics précaires qu'ils accompagnent, faute de relais adaptés vers le secteur gérontologique.
- Une sollicitation accrue des structures médicalisées : 57 % des structures de soins et d'hébergement pour personnes précaires (LHSS, LAM, ACT) accompagnent aujourd'hui des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Des initiatives emblématiques — telles que la Mission Interface portée par le Samusocial de Paris ou la plateforme Alliance du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri à Lyon — ont démontré depuis deux décennies qu'une coordination dédiée permet d'éviter les ruptures de parcours, de désengorger les urgences et de sécuriser les orientations vers les EHPAD ou USLD.

La Fédération des Acteurs de la Solidarité, réseau national fédérant plus de 900 associations, porte une réflexion en ce sens avec un travail mené tant au national qu'au régional. Cette expérimentation pourra s'appuyer ici sur ces réseaux d'acteurs, de personnes concernées et les expertises opérationnelles telles que celles de la Mission Interface (Samusocial de Paris et le SIAO 44) et de la Plateforme Alliance (Foyer Notre-Dame des Sans-Abri) pour assurer le suivi, l'outillage et l'évaluation du dispositif sur les sites pilotes.

En inscrivant cette expérimentation au PLFSS 2027, le législateur ne prend aucun risque conceptuel : il permet le passage à l'échelle d'innovations organisationnelles indispensables.

Sources

Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) — Enquête nationale et travaux de l'Observatoire sur la santé, la précarité et le vieillissement des publics pris en charge par le réseau AHI.

Collectif Les Morts de la Rue (CMDR) — Données épidémiologiques sur l'âge moyen au décès et l'espérance de vie des personnes en situation de grande exclusion.

Samusocial de Paris (SSP) — Rapport d'activité de la Mission Interface (Données 2023).

Foyer Notre-Dame des Sans-Abri (FNDSA) — Rapport d'activité et bilans de la Plateforme Alliance.

Amendement n° 36

Article n° 39 duodecies

Compensation des surcoûts liés à la canicule

Après l'article 39, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I – Il est institué au sein de la branche Autonomie une enveloppe destinée à compenser les surcoûts supportés par les établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles pour assurer la protection, la continuité de l'accompagnement et, le cas échéant, les soins des personnes lors d'une situation sanitaire exceptionnelle résultant notamment d'un épisode climatique.

Cette enveloppe finance notamment les dépenses exceptionnelles de personnels ainsi que l'acquisition ou la location de matériels nécessaires à la prévention et à la prise en charge des risques sanitaires auxquels sont exposées les personnes accompagnées.

Les crédits sont répartis par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie entre les agences régionales de santé et les départements qui les délèguent aux établissements et services concernés dans des conditions fixées par décret.

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

Exposé

Les épisodes de fortes chaleurs constituent un risque sanitaire particulièrement important pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap accueillies ou accompagnées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ces épisodes caniculaires ont entraîné une dégradation de l'état de santé de certaines personnes accompagnées, une complexification des accompagnements, auxquels les personnes à domicile en sont particulièrement exposées avec un risque accru d'isolement. Santé publique France établit un excès de mortalité pour les personnes âgées de 75 ans et plus au cours de l'été 2026[18].

La multiplication et l'intensification de ces épisodes nécessitent une adaptation de l'organisation des établissements et services afin d'assurer la continuité et la sécurité de l'accompagnement. Elles peuvent nécessiter un renforcement ponctuel des effectifs (recrutements ou heures supplémentaires), une surveillance accrue de l'état de santé des personnes, une augmentation de la fréquence des soins, des actes de prévention et des passages à domicile ainsi que le recours à des matériels supplémentaires (de rafraichissement, d'hydratation, etc.).

Ces mesures indispensables à la protection des personnes accompagnées représentent des coûts supplémentaires aujourd'hui supportés par des établissements et services dont la situation financière est particulièrement contrainte.

[18] *Notamment Santé publique France, Bulletin Canicule et santé, 16 septembre 2026.*

Le financement des dépenses exceptionnelles liées aux épisodes caniculaires ne saurait reposer sur le fonds de soutien à la qualité des Ehpad en difficulté, voté dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026, dont les crédits n'ont ni cette vocation ni été dimensionnés à cet effet.

Le présent amendement vise donc à prévoir, au sein de la branche Autonomie, des crédits directement liés à la prévention et à la prise en charge des risques sanitaires lors des épisodes de fortes chaleurs.

Ces financements doivent bénéficier à l'ensemble des établissements et services accompagnant des personnes âgées ou en situation de handicap, y compris les établissements et services relevant de la compétence des départements, afin que leur accès ne dépende ni du mode d'accompagnement ni de l'autorité de tarification.

Amendement n° 37

Article additionnel n°39 terdecies

Reconduire le fonds d'urgence pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux en difficulté financière

Après l'article 39, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« I. – Pour l'année 2027, une aide exceptionnelle de 500 millions d'euros, financée par le sous-objectif « Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées » prévu à l'article 49, est déployée en soutien aux établissements sociaux et médico-sociaux en difficulté financière dont les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les résidences autonomie et les services à domicile. »

« II – La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les alcools prévue au chapitre III du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services. »

Exposé

Cet amendement prévoit le déploiement, en 2027, d'une aide exceptionnelle de 500 millions d'euros en soutien aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées dans un contexte de difficulté financière importante.

Le fonds d'urgence dédié aux Ehpad l'année dernière doit être renouvelé pour l'année 2027 en raison de la persistance de leur situation déficitaire. Il ne peut être attribué aux seuls Ehpad, les résidences autonomie et les services à domicile subissent également des difficultés financières importantes. L'octroi d'une aide est indispensable pour la survie de ces structures et l'accompagnement des personnes âgées.

En conséquence, le sous-objectif national de dépenses relatif aux établissements et services pour personnes âgées devra être rehaussé de 500 millions d'euros.

Afin d'assurer une stabilité financière, une réforme de fond du secteur du grand âge doit être menée à travers une loi de programmation pluriannuelle.

Amendement n° 38

Article additionnel n°39 quaterdecies

Territoires d'intervention des services autonomie à domicile

(Amendement de l'UNA soutenu par l'Uniopss)

L'article 44 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 est ainsi modifié :

I.- A la suite du 5ème alinéa du B du II. est inséré l'alinéa ainsi rédigé :

« Pour les services visés au 2° et 3° du présent B, en cas de territoires autorisés différents entre les activités d'aide et d'accompagnement et les activités de de soins, les services seront réputés autorisés en qualité de service autonomie à domicile au sens de l'article L. 313-1-3 du même code créé au I, pour l'ensemble des zones d'intervention visées par leurs autorisations quelle que soit l'activité. »

II. Le 5ème alinéa du C du II. est complété par la phrase suivante :

« Si les zones d'intervention respectives des services autonomie à domicile et des services de soins infirmiers parties à la convention ou membres du groupement sont différentes, l'autorisation en qualité de service autonomie à domicile au titre du 1° de l'article L. 313-1-3 du même code l'ensemble des zones d'intervention visées par les autorisations incluses dans l'opération quelle que soit l'activité.»

III. Le dernier alinéa du C du II. est complété par la phrase suivante :

« *Lorsque l'autorisation est délivrée à la suite d'une opération de regroupement au sens du même article L. 313-1-1, la zone d'intervention du service autonomie à domicile ainsi autorisé est l'ensemble des zones d'intervention visées par les autorisations incluses dans l'opération quelle que soit l'activité.»*

Exposé

Le II de l'article 44 de la LFSS 2022 vise les mesures transitoires permettant la transformation, sous réserve du respect d'un cahier des charges, des SSIAD et des SPASAD en Service Autonomie à Domicile (SAD) dispensant une activité d'aide et de soins à domicile. Malheureusement, ces mesures transitoires ont omis de traiter d'une situation fréquente : les autorisations d'exercer une activité d'aide à domicile, attribuées par le président du conseil départemental et les autorisations d'exercer une activité de soins à domicile attribuées par l'ARS, ont souvent des territoires d'interventions différents, le SAD « aide et soins » n'étant alors reconnu que pour la partie commune du territoire autorisé, les parties non communes étant simplement SAD « aide » ou SSIAD.

Or la transformation des autorisations SAAD, SSIAD et SPASAD en autorisation SAD est soumise à des régimes différents : les SAAD devenant des SAD dispensant uniquement des prestations d'aide, les SSIAD devant demander une autorisation de dispenser des prestations d'aide avant de devenir des SAD aide et soins et les SPASAD devenant des SAD aide et soins de plein droit. Il est donc aisé de constater que selon les concordances des territoires autorisés un même service devra gérer plusieurs statuts SAD. Cette problématique des territoires a été un des obstacles importants dans la constitution des SAD.

Afin de faciliter le développement des SAD dispensant des activités d'aide et de soins, il est proposé, par cet amendement, lorsque des gestionnaires détiennent une autorisation SPASAD ou des autorisations SAAD et SSIAD à la suite de regroupement ou transfert d'activité, avec des territoires d'intervention autorisés différents au titre de l'aide ou du soin, que la transformation de cette autorisation en SAD aide et soins se fasse sur l'ensemble des territoires autorisés.

Amendement n° 39

Article additionnel n°39 quindecies

Réforme financement des services d'aide

(Amendement de l'UNA soutenu par l'Uniopss)

I.- Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1°Les alinéas 2 à 5 de l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles sont remplacés par les alinéas ainsi rédigés :

« I.- Au titre de l'activité d'aide et d'accompagnement à domicile par une dotation globale de fonctionnement fixée annuellement par un arrêté du président du conseil départemental. Cette dotation vise à couvrir l'ensemble des dépenses afférentes aux rémunérations et aux coûts de structure et de coordination de ces services. Les modalités de détermination de la dotation globale de fonctionnement sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

2°Les articles L. 313-1-2, L. 347-1 et L. 347-2 du code de l'action sociale et des familles sont abrogés.

3° L'article L 314-6 est ainsi modifié :

« Au premier alinéa, les mots « à but non lucratif » sont supprimés. »

II.- A la date mentionnée au III. du présent article, les accords collectifs qui n'entraient pas dans le champ d'application de cet article dans sa rédaction antérieure, sont réputés agréés.

III.- Les dispositions du présent article entrent en vigueur au plus tard le 1er janvier 2028.

Exposé

Aujourd'hui les services d'aide à domicile intervenant auprès de bénéficiaires de l'APA et de la PCH sont frappés par une crise sans précédent qui menace de disparition près d'un quart des structures et qui a rendu nécessaire un fonds d'appui exceptionnel de 100 millions d'euros en 2023.

Plus grave encore, cette situation n'est pas nouvelle, entre 2012 et 2016, quatre fonds d'appui sont déjà venus soutenir les services d'aide à domicile, suivi en 2017 d'un fonds d'appui aux bonnes pratiques puis d'un fonds finançant une préfiguration d'une réforme des financements des SAAD en 2019 et 2020 pour un total de plus de 300 millions d'euros.

Dans le même temps, un financement par dotation a fait l'objet d'une expérimentation entre 2012 et 2014, donnant lieu à un rapport IGAS mettant en avant les avantages de ce mode de financement, suivi d'une autre expérimentation en 2019 dénommé préfiguration et qui à abouti à la mise en place de la dotation « qualité ».

Les rapports Libault, El Khomri et du HCFEA d'avril 2020 ont d'ores et déjà démontrés la nécessité de réformer le financement de ces services, rejoint en cela par le rapport IGAS de mars 2024 « Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire, se sentir chez soi où que l'on soit ».

Enfin, la CNSA lance une enquête nationale des couts (ENC) des services d'aide à domicile qui doit se dérouler durant l'année 2026. Cette ENC permettra d'avoir enfin la visibilité nécessaire pour construire les modalités concrètes d'une réforme du financement de l'aide à domicile.

Pour autant, au vu de l'urgence et alors que la nécessité d'une telle réforme fait consensus, il apparait nécessaire d'acter dans la loi le principe la réforme qui doit être fondé sur la solidarité nationale sans attendre les résultats de l'ENC.

C'est pourquoi, le présent amendement vise à introduire dans le code de l'action sociale et des familles le principe d'une réforme du financement des services d'aide à domicile par la mise en place d'une dotation globale de fonctionnement permettant de sortir de la tarification horaire. Cette dotation sera applicable à tous les services mettant fin à la distinction entre services tarifés et non tarifés permettant que le reste à charge pour les personnes et leurs proches soit calculé sur la base du barème légal s'appliquant au tarif national des prises en charge. Les résultats de l'ENC permettant par la suite de compléter cette mesure par la mise en place du cadre réglementaire visant à sa mise en œuvre concrète.

Ainsi, il est prévu que les dispositions du présent amendement entreront en vigueur en 2028.

Amendement n° 40

Article additionnel n°39 sexdecies

Extension des dispositifs Ségur aux salariés de la BAD

(Amendement de l'UNA soutenu par l'Uniopss)

I.- L'article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est ainsi modifié :

1° Le b) du 2° du C du III. bis est remplacé par les dispositions suivantes :

« b) Des établissements et services accueillant des personnes âgées et de personnes en situation de handicap ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale, mentionnés au 6° et 7° du même I ; »

2° Le c) du 2° du C du III bis est supprimé.

II. – Le I. de l'article 43 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 est ainsi modifié :

Avant les mots « *au 2° du C du III bis » sont insérés les mots suivants « au a) du 1° et » ;*

Après les mots « ceux énumérés au même » sont insérés par les mots suivants « a) du 1° et »

III.- Les dispositions du présent article s'appliquent aux rémunérations versées à compter du 1er janvier 2026.

Exposé

Le présent article vise à uniformiser et étendre les dispositifs « Ségur » et « Laforcade » à toutes les fonctions publiques exerçant au sein d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux ainsi qu'aux accords collectifs de transposition de ce dispositif dans le secteur privé. Ainsi, l'article vient pérenniser le financement total par la Caisse National de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) de cette prime, tant dans le secteur public que privé, appliqué au sein d'établissements d'accueil de personnes en situation de handicap et au sein des résidences autonomie, même lorsque ces ESSMS relèvent de la compétence exclusive des départements.

En effet, les services d'aide et d'accompagnement à domicile, relevant eux aussi de la compétence des départements, sont exclus de cette mesure alors qu'ils rencontrent de graves difficultés de recrutement qui les amènent à refuser des interventions, laissant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans l'incapacité d'accéder à leur droit à l'APA ou la PCH.

De plus l'argument que ces services bénéficieraient d'un autre dispositif, celui prévu par l'article 47 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 qui prévoit une aide de la CNSA pour les départements qui financent les accords de revalorisation salariale applicables aux SAAD n'est pas pertinent car il ne fait qu'aider les départements à supporter une charge que de toute façon ils auraient dû légalement assumer. De plus, à ce jour, ce dispositif n'est utilisé que pour cofinancer l'avenant 43 applicable aux SAAD privés non lucratifs et le CTI Ségur mis en place pour certains agents des SAAD gérés par des CCAS et des CIAS.

Or, ce dispositif est injuste à deux titres :

- Comme on l'a vu, ce dispositif n'est qu'un cofinancement de 50% par la CNSA du coût de ces revalorisations de rémunération des SAAD alors que pour les autres ESSMS, le financement de la CNSA est de 100% même pour ceux qui relèvent, comme les SAAD, de la compétence exclusive des départements (les résidences autonomie ou certains établissements accueillant des personnes en situation de handicap).
- L'avenant 43 a permis de rattraper le décalage de rémunérations entre les professionnels exerçant au sein des SAAD, SSIAD et SPASAD gérés par des personnes morales à but non lucratif relevant de la BAD et ceux exerçant au sein d'établissement d'hébergement de personnes âgées ou en situation de handicap avant que ceux-ci ne soient éligibles au dispositif Ségur. Toutefois, les professionnels des SAAD, des SSIAD et des SPASAD ne pouvant cumuler le bénéfice de l'avenant 43 et du Ségur, se trouvent à nouveau défavorisés par rapport aux autres ESSMS. Ainsi, une comparaison entre les rémunérations des professionnels des SAAD, SSIAD et SPASAD relevant de l'avenant 43 par rapport aux autres convention collectives applicables aux ESMS privés non lucratif permet d'établir un décalage important au détriment de l'avenant 43 (une différence de 300 euros par mois pour un professionnel sans diplôme à l'embauche, de 176 euros par mois pour une aide-soignante à l'embauche).

Dans le contexte de crise d'attractivité des métiers du domicile, qui amène à des ruptures d'accompagnement et de soins, un tel décalage ne doit pas perdurer. C'est pourquoi, l'amendement proposé permet de rétablir l'égalité de traitement entre les salariés des services médico-sociaux à domicile qui relèvent de l'avenant 43 en leur permettant de bénéficier d'un dispositif équivalent au CTI Ségur financé par la CNSA.

Amendement n° 41

Article additionnel n°39 septdecies

Suppression capacité en territoire

(Amendement de l'UNA soutenu par l'Uniopss)

Après l'article 39, insérer un article ainsi rédigé :

Le dernier alinéa de l'article L. 313-8-1 du code de l'action sociale et des familles est abrogé.

Exposé

La loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a introduit dans le code de l'action sociale et des familles la notion que la capacité autorisée et financée d'un service d'aide à domicile s'exprimait en territoire. Or, l'expérience a montré que cette notion de capacité en territoire n'avait pas de sens : pour un établissement ou service médico-social, la capacité autorisée doit permettre de mesurer les financements publics nécessaire dans le cadre de la tarification. La capacité doit donc être exprimée en unité de tarification comme la place ou la journée permettant de calculer les financements publics alloués. Or le territoire n'est pas un élément de fixation du tarif des services d'aide dont les financeurs utilisent la référence horaire ou des dotations forfaitaires. A ce titre, on peut relever que le tarif socle applicable aux services d'aide à domicile est de 23,50 euros par heure ce qui confirme que le territoire n'est pas adapté comme mesure de la capacité. C'est pourquoi le présent amendement vise à supprimer l'expression de la capacité des services en territoire, qui n'a jamais été utilisée depuis 2016 ni par les services ni par leurs financeurs suppression qui permettra de toiletter les textes applicables dans le cadre de la transformation de ces services en Services Autonomie à Domicile.

Amendement n° 42

Article additionnel n°39 octodecies

Outre-mer

(Amendement de l'UNA soutenu par l'Uniopss)

Après l'article 39, insérer un article ainsi rédigé :

L'article L. 314-2-1 du Code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

A la suite du dernier aliéna du I., il est inséré l'alinéa suivant :

« Le montant minimal mentionné au 1° du présent I est majoré de 20% pour les outre-mer. »

Exposé

Dans le contexte de crise d'attractivité des métiers du domicile, qui amène à des ruptures d'accompagnement et de soins, la faiblesse des rémunérations des professionnelles des services d'aide à domicile dans les territoires d'outre-mer est d'autant plus dramatique.

Or, si les dotations versées par les ARS en financement des établissements et services médico-sociaux financés par dotation de l'ARS sont majorées de 20% en outre-mer, aucun dispositif équivalent n'existe pour les services d'aide à domicile de compétence départementale. Afin de faire cesser cette inégalité de traitement, le présent amendement propose de majorer de 20% le montant du tarif socle applicable à l'APA et la PCH en outre-mer. Cette mesure est d'autant plus nécessaire qu'elle facilitera les rapprochements entre les SSIAD et les SAAD dans le contexte de la réforme des services autonomie.

Amendement n° 43

Article additionnel n°39 novodecies

Harmonisation des procédures de création des SAD

(Amendement de l'UNA soutenu par l'Uniopss)

Après l'article 39, insérer un article ainsi rédigé :

L'article L. 7232-4 du code du travail est abrogé.

Exposé

L'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des services polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) en Services Autonomie à Domicile (SAD) vise à la foi une amélioration de la qualité des prestations auprès des personnes âgées, personnes en situation de handicap et malades chroniques désireux de continuer à vivre à domicile et également de mettre en place une meilleure lisibilité de l'offre de services à domicile. Or les prestations offertes aux personnes vivant dans une Résidence Service Sénior (RSS), doivent être autorisées comme un service d'aide à domicile dès lors qu'elles sont effectuées auprès d'une personne âgée en perte d'autonomie à la suite de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015. Cette autorisation est exonérée d'appel à projet en application de l'article L. 7232-4 du Code du travail, exonération qui se justifiait par une exonération générale pour tous les SAAD qui a pris fin le 31 décembre 2022. Or si l'exonération générale a pris fin, celle des SAAD autorisé pour intervenir exclusivement dans une RSS perdure. Or ce régime dérogatoire des SAAD RSS ne se justifie plus dans le contexte de la transformation des services en Services Autonomie à Domicile (SAD) pour les raisons suivantes :

- En premier lieu les SAAD RSS n'interviennent que dans un lieu unique, ladite RSS ce qui n'est pas compatible avec la notion de structuration de l'offre inhérente aux SAD :
- En second lieu, cette autorisation SAAD RSS ne peut pas inclure des soins à domicile ce qui exclut les SAD « aide et soins » qui doivent devenir le modèle majoritaire des services à domicile. En effet, attribuer des places de soins, sans appel à projet, pour une seule RSS reviendrait à créer un para-EHPAD en échappant au cadre de ces établissements ;
- En troisième lieu cela reviendrait à multiplier sans pilotage des départements les autorisations médico-sociales et donc la charge pour les Conseils Départementaux d'en assurer le contrôle, d'organiser les évaluations des services etc. L'argument que la procédure d'appel à projet serait un frein au développement de l'offre de RSS n'est pas pertinente en ce qu'il existe d'ores et déjà environs 8 000 service d'aide à domicile et qu'un gestionnaire de RSS peut fort bien, par partenariat, faire exécuter les prestations d'aide par un service préexistant.

Enfin, et c'est essentiel, un arrêt du Conseil d'Etat a reconnu que l'APA et la PCH constitue un financement public pour les services d'aide à domicile (Conseil d'État, 1ère - 4ème chambres réunies, 19/06/2024). Or, la procédure d'appel à projet est une obligation pour tout établissement ou service médico-social (ESMS) qui bénéficie de financement public pour garantir la transparence et le contrôle de ce financement. Maintenir cette exonération pour les services attachés à une RSS serait une source de discrimination vis-à-vis des autres services soumis à une telle obligation et surtout empêcherait le légitime contrôle sur l(attribution et l'utilisation des financements publics.

Pour toute ces raisons, et afin d'assurer un régime juridique unique pour tous les services à domicile, inscrit dans le droit commun des autorisations des établissements et services médico-sociaux, le présent amendement vise à abroger l'article L. 7232-4 du Code du travail.

Amendement n° 44

Article n° 43

Garantir le renforcement des financements des Maisons des Adolescents en 2027

(Amendement de l'ANMDA soutenu par l'Uniopss)

L'article 43 est ainsi modifié :

« Pour l'année 2027, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(en milliards d'euros)

Sous-objectifs	Objectifs de dépenses
Dépenses de soins de ville	118,3
Dépenses relatives aux établissements de santé	116,0
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	18,8
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	16,3
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement	5,915
Autres prises en charge	3.4
Total	278,715

Exposé

En 2024, Michel Barnier puis Gabriel Attal ont annoncé le doublement du nombre des maisons des adolescents (MDA) en raison de la hausse des besoins en santé mentale des jeunes sur le territoire. Les services de la Direction générale de l'offre de soin (DGOS) ont précisé que la trajectoire de renfort aux MDA se matérialiserait sous la forme de financements supplémentaires de 15 millions d'euros par an pendant 3 ans en 2025, 2026 et 2027 pour atteindre 90 millions en 2027. Après un premier renfort de 15 millions d'euros intervenu en 2025, la poursuite de cette trajectoire pour 2026 et 2027 a été remise en question par la DGOS qui a annoncé que les renforts de 15 millions d'euros ne pourraient pas être garantis pour 2026 et seraient fortement compromis pour 2027. Le 2 juin 2026, la ministre de la Santé a finalement confirmé le principe d'un renforcement des moyens des MDA pour ces deux années, sans toutefois garantir le maintien du niveau de financement à hauteur de 15 millions d'euros en 2026 et 2027.

Les 126 Maisons des Adolescents présentes sur le territoire national accueillent chaque année plus de 100 000 adolescents et jeunes adultes. Elles constituent des structures de proximité essentielles aux politiques de prévention, de santé mentale et d'accompagnement des jeunes et de leurs familles. Entre 2023 et 2025, le nombre de jeunes accueillis a augmenté de 2,5 % et les situations des jeunes se complexifient, nécessitant des accompagnements plus soutenus.

Dans un contexte de progression des besoins en matière de santé mentale, de prévention et d'accompagnement, la sécurisation de leurs financements est indispensable pour consolider leurs équipes, accroître leurs capacités d'accueil et réduire les inégalités territoriales d'accès à une offre de proximité.

Le présent amendement vise à garantir la poursuite de la trajectoire de doublement annoncée en 2024, en prévoyant un renforcement de 15 millions d'euros en 2027 du sous-objectif de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) relatif au Fonds d'intervention régional (FIR).

Cette mesure doit permettre aux agences régionales de santé de disposer des moyens nécessaires pour accompagner durablement les Maisons des Adolescents et répondre aux besoins des adolescents et de leurs familles sur l'ensemble du territoire.

Amendement n° 45

Article n° 43

Inscrire l'enveloppe de 90 Millions d'euro pour permettre la mise en œuvre de la réforme tarifaire SERAFIN-PH dans le sous objectif "Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées" de l'ONDAM

(Amendement Uniopss soutenu par APF France handicap)

I – À la troisième ligne du tableau constituant le présent article, substituer au montant :

« *16,3* » le montant :

« 16,39 ».

II – À la dernière ligne du même tableau, substituer au montant :

« *278,7* » le montant :

« *278,79* ».

Exposé des motifs

La mise en œuvre de la réforme SERAFIN-PH à compter du 1er janvier 2027 doit être accompagnée des moyens financiers annoncés lors de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026. Le Gouvernement avait alors annoncé une enveloppe de 360 millions d'euros sur la période 2027-2030, soit 90 millions d'euros par an, destinée à accompagner la transformation de l'offre et la montée en charge du nouveau modèle tarifaire. Le présent amendement vise à inscrire dès 2027 ces 90 millions d'euros de crédits nouveaux dans le sous-objectif "Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées" de l'ONDAM.

Cette enveloppe constitue une condition essentielle pour assurer la soutenabilité de la réforme. La mise en œuvre d'un nouveau modèle de financement ne peut en effet être dissociée des moyens permettant aux établissements et services médico-sociaux de transformer leur offre, d'adapter leurs organisations et de faire face aux effets de la nouvelle tarification.

Ces crédits sont destinés notamment à accompagner la transformation de l'offre médico-sociale et à financer les effets de la modulation prévus dans le cadre de la réforme. Ils constituent des crédits supplémentaires et ne peuvent se substituer aux crédits nécessaires à la compensation des charges des établissements et services médico-sociaux.

Le présent amendement vise ainsi à traduire dans la loi l'engagement annoncé de consacrer 90 millions d'euros de crédits nouveaux à SERAFIN-PH dès 2027 et à garantir que la réforme puisse entrer en vigueur dans des conditions compatibles avec la qualité attendue dans le cadre de la transformation de l'offre d'accompagnements proposés aux enfants en situation de handicap. »

Amendement n° 46

Article additionnel n°47 bis

Non-revalorisation des prestations familiales au 1er avril 2027

(Amendement Uniopss et Collectif ALERTE, Changer de Cap, ANAS, Unicef France)

Après l'article 47, insérer l'article suivant :

« *Dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport précisant les modalités selon lesquelles il entend mettre en œuvre le maintien des prestations familiales à leur niveau de 2026 prévu dans la trajectoire financière de la branche famille pour 2027.*

Ce rapport présente les prestations concernées, les modalités juridiques de mise en œuvre de cette mesure, son rendement attendu ainsi que ses conséquences sur le niveau de vie et le taux de pauvreté des familles bénéficiaires, notamment des familles monoparentales et des familles avec enfants. »

Exposé

La trajectoire financière annexée au PLFSS pour 2027 prévoit le maintien des prestations familiales à leur niveau de 2026, pour un rendement attendu de 500 millions d'euros. Elle retient ainsi une stabilisation du barème des prestations familiales au 1er avril 2027, avant un retour, à compter de 2028, aux règles de revalorisation actuellement en vigueur.

Cette économie n'est cependant pas traduite par une disposition spécifique du projet de loi précisant les modalités de mise en œuvre de cette non-revalorisation.

L'Uniopss s'était déjà opposée au gel des prestations sociales et familiales prévu dans le PLFSS pour 2026. Les raisons avancées l'an dernier restent valables : l'absence de revalorisation se traduit par une perte de pouvoir d'achat pour les familles dès lors que les prix continuent d'augmenter.

Les prestations familiales jouent par ailleurs un rôle important dans la réduction de la pauvreté des enfants. Elles abaissent en moyenne leur taux de pauvreté de **7,4 points**. Cet effet atteint **16,2 points pour les familles monoparentales avec deux enfants ou plus**.

L'Uniopss et le Collectif ALERTE s'opposent donc au gel des prestations familiales prévu pour 2027.

Le présent amendement demande au Gouvernement de préciser les modalités de mise en œuvre de cette économie et d'en mesurer les conséquences pour les familles concernées.

Amendement n° 47

Article additionnel n°47 ter

FNAS - Préserver les moyens du Fonds national d'action sociale

(Amendement Uniopss et Collectif ALERTE, Changer de CAP, ANAS, Unicef France)

Après l'article 47, insérer l'article suivant :

« Dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant les modalités de mise en œuvre de l'économie de 500 millions d'euros prévue en 2027 au titre du ralentissement des dépenses du Fonds national d'action sociale de la Caisse nationale des allocations familiales.

Ce rapport précise la répartition de cette économie entre les différentes dépenses financées par le fonds ainsi que ses conséquences sur les services et équipements soutenus par la branche famille et sur leurs bénéficiaires. »

Exposé

La trajectoire financière de la branche famille prévoit en 2027 **500 millions d'euros d'économies au titre d'un ralentissement des dépenses du Fonds national d'action sociale**.

Le projet de loi ne précise pas les modalités de mise en œuvre de cette économie ni sa répartition entre les différentes politiques financées par le fonds.

Cette absence de précision ne permet pas d'apprécier les conséquences de la mesure sur les services financés par l'action sociale de la branche famille et sur les familles qui en bénéficient.

L'Uniopss rappelle l'importance des moyens de la branche famille pour le développement des services aux familles, le soutien à la parentalité et l'accueil du jeune enfant. Elle appelle notamment depuis plusieurs années à renforcer le soutien apporté aux crèches associatives et mutualistes, dont une partie rencontre d'importantes difficultés de financement.

La baisse de la natalité ne peut à elle seule justifier une diminution des moyens consacrés aux enfants déjà nés ou à naître et à leurs familles. Cette position était déjà portée par l'Uniopss dans ses propositions relatives au PLFSS pour 2026.

L'économie prévue est d'autant plus importante qu'elle représente **500 millions d'euros dès 2027**, sans que le PLFSS permette à ce stade d'identifier les actions qui seront concernées.

Le présent amendement demande donc au Gouvernement de présenter au Parlement la répartition de cette économie et ses conséquences sur les politiques financées par le Fonds national d'action sociale.

Amendement n° 48

Article additionnel n°47 quater

Préserver l'Allocation de Rentrée Scolaire

(Amendement Uniopss et Collectif ALERTE, Emmaus, Changer de CAP, UNAF, ANAS, Unicef France)

Après l'article 47, insérer l'article suivant :

« *Dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant les modalités de mise en œuvre de la réduction de 600 millions d'euros de la dépense consacrée à l'allocation de rentrée scolaire prévue dans la trajectoire financière de la branche famille pour 2027.*

Ce rapport précise les paramètres de la prestation susceptibles d'être modifiés, le nombre de familles et d'enfants concernés ainsi que les conséquences de la mesure sur le niveau de vie des ménages bénéficiaires et sur la pauvreté des enfants. »

Exposé

La trajectoire financière annexée au PLFSS pour 2027 prévoit une **réduction de 600 millions d'euros de la dépense consacrée à l'allocation de rentrée scolaire**.

Cette économie est inscrite dans la trajectoire de la branche famille sans que le projet de loi précise les modalités permettant de l'atteindre.

L'allocation de rentrée scolaire est une prestation versée sous condition de ressources. Elle aide les familles à faire face aux dépenses liées à la scolarité de leurs enfants.

Une diminution de 600 millions d'euros représente une part importante de la dépense consacrée à cette prestation. Les modalités retenues pour réaliser cette économie doivent donc être connues : évolution du montant de l'allocation, modification des plafonds de ressources, changement des conditions d'attribution ou autre évolution des paramètres de la prestation.

Les conséquences peuvent être importantes pour les familles concernées. Selon les données rappelées par le Gouvernement en juin 2026, l'ARS bénéficie à **plus de trois millions de familles et plus de cinq millions d'enfants**, pour une dépense d'environ deux milliards d'euros. Une étude de la CNAF citée par le Gouvernement indiquait également que, sans l'ARS, 72 % des familles interrogées auraient réduit d'autres dépenses du foyer.

Plus largement, les prestations familiales contribuent directement à réduire la pauvreté des enfants. L'Uniopss rappelle qu'elles abaissent en moyenne leur taux de pauvreté de **7,4 points**, et de **16,2 points pour les familles monoparentales avec deux enfants ou plus**.

L'Uniopss et le Collectif ALERTE demandent que l'économie de 600 millions d'euros prévue sur l'allocation de rentrée scolaire soit abandonnée.

À défaut, le Parlement doit disposer avant sa mise en œuvre d'une information précise sur les modifications envisagées et sur leurs conséquences pour les familles bénéficiaires.

LES ADHÉRENTS DE L'UNIOPSS

L'Uniopss réunit une centaine de fédérations, unions et associations nationales. Ces structures ont en commun d'agir dans le secteur sanitaire, social et médico-social, auprès de personnes exclues, ou en situation de précarité, de personnes malades, âgées, en situation de handicap, ou encore auprès des familles, d'enfants ou d'adolescents en difficulté.

ACCENT PETITE ENFANCE

ACIS FRANCE

ACTION CONTRE LA FAIM

ADEDOM

ADMR UNION NATIONALE

ADVOCACY FRANCE

AGENCE NOUVELLE DES SOLIDARITES ACTIVES (ANSA)

AIDES

APF FRANCE HANDICAP

APPRENTIS D'AUTEUIL

ASSOCIATION ADDICTIONS FRANCE

ASSOCIATION DES COLLECTIFS ENFANTS PARENTS PROFESSIONNELS (ACEPP)

ASSOCIATION DES ITEP ET DE LEURS RÉSEAUX (AIRE)

ASSOCIATION L'ESSOR

ASSOCIATION MOISSONS NOUVELLES

ASSOCIATION NATIONALE ASSISTANTS MATERNELS ET ASSISTANTS/ACCEUILLANTS FAMILIAUX (ANAMAAF)

ASSOCIATION NATIONALE DES ÉQUIPES CONTRIBUANT A L'ACTION MÉDICO-SOCIALE PRÉCOCE (ANECAMSP)

ASSOCIATION PASSEUR DE MOTS, PASSEUR D'HISTOIRES

ASSOCIATION SIMON DE CYRÈNE

CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (CCMSA)

CITÉS CARITAS

CITOYENS ET JUSTICE

COHABILIS

COMITÉ NATIONAL DE LIAISON DES ACTEURS DE LA PRÉVENTION SPÉCIALISÉE (CNLAPS)

CONFÉDÉRATION DES UNIONS RÉGIONALES DES CENTRES DE SOINS INFIRMIERS (C3SI)

CONGRÉGATION DES SŒURS HOSPITALIÈRES SAINT-THOMAS DE VILLENEUVE

CONSEIL NATIONAL HANDICAP & EMPLOI DES ORGANISMES DE PLACEMENT SPECIALISES (CHEOPS)

COORDINATION NATIONALE DES RÉSEAUX DE MICROSTRUCTURES (CNRMS)

EMMAÜS FRANCE

FAMILLES RURALES FÉDÉRATION NATIONALE

FÉDÉRATION ADDICTION

FÉDÉRATION DE L'ENTRAIDE PROTESTANTE

FÉDÉRATION DES ACTEURS DE LA SOLIDARITÉ

FÉDÉRATION DES ASSOCIATIONS GESTIONNAIRES ET DES ÉTABLISSEMENTS DE RÉADAPTATION POUR HANDICAPÉS (FAGERH)

FÉDÉRATION DES ASSOCIATIONS ET DES ACTEURS POUR LA PROMOTION ET L'INSERTION PAR LE LOGEMENT (FAPIL)

FÉDÉRATION DES CENTRES SOCIAUX ET SOCIOCULTURELS DE FRANCE (FCSF)

FÉDÉRATION DES MAISONS D'ACCUEIL HOSPITALIÈRES (FMAH)

FÉDÉRATION FRANÇAISE DES BANQUES ALIMENTAIRES (FFBA)

FÉDÉRATION FRANÇAISE SESAME AUTISME

FÉDÉRATION GÉNÉRALE DES PEP

FÉDÉRATION HABITAT ET HUMANISME

FÉDÉRATION NATIONALE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE (FNMF)

FÉDÉRATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE L'AIDE FAMILIALE POPULAIRE/ CONFÉDÉRATION SYNDICALE DES FAMILLES (FNAAFP–CSF)

FÉDÉRATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS ET AMIS DE PERSONNES ÂGÉES ET DE LEURS FAMILLES (FNAPAEF)

FÉDÉRATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS POUR LA PETITE ENFANCE (FNAPPE)

FÉDÉRATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS SOLIDAIRES D'ACTION AVEC LES TSIGANES ET GENS DU VOYAGE (FNASAT)

FÉDÉRATION NATIONALE DES CENTRES DE SANTÉ (FNCS)

FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉCOLES DE PARENTS ET DES ÉDUCATEURS (FNEPE)

FÉDÉRATION NATIONALE SOLIDARITÉ FEMMES (FNSF)

FÉDÉRATION NATIONALE POUR L'INCLUSION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP SENSORIEL ET DYS EN FRANCE (FISAF)

FÉDÉRATION PROMOTION SANTÉ

FÉDÉRATION SANTÉ HABITAT

FÉDÉRATION SANTÉ MENTALE FRANCE

FÉDÉRATION SOLIHA

FONDATION ANAIS

FONDATION COS ALEXANDRE GLASBERG

FONDATION DE FRANCE

FONDATION DE L'ARMÉE DU SALUT

FONDATION DIACONESSES DE REUILLY

FONDATION LA VIE AU GRAND AIR

FONDATION PARTAGE ET VIE

FONDATION POUR LE LOGEMENT DES DÉFAVORISÉS

FONDS SOCIAL JUIF UNIFIÉ

FRANCE TERRE D'ASILE

GROUPEMENT NATIONAL POUR L'INSERTION DES PERSONNES HANDICAPÉES PHYSIQUES (GIHP)

HOVIA

L'ASSOCIATION POUR L'INSERTION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPÉES (LADAPT)

L'ARCHE EN FRANCE

LA CIMADE

LES PETITS FRÈRES DES PAUVRES

LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER

MÉDECINS DU MONDE

ŒUVRE DE SECOURS AUX ENFANTS (OSE)

PROBTP RMS

SECOURS CATHOLIQUE

SECOURS POPULAIRE FRANÇAIS

SOS VILLAGES D'ENFANTS

UNION PROFESSIONNELLE DU LOGEMENT ACCOMPAGNÉ (UNAFO)

UNION FRANÇAISE DES CENTRES DE VACANCES DE LOISIRS (UFCV)

UNION FRANÇAISE POUR LE SAUVETAGE DE L'ENFANCE (UFSE)

UNION NATIONALE DE FAMILLES ET AMIS DE PERSONNES MALADES ET/OU HANDICAPÉES PSYCHIQUES (UNAFAM)

UNION NATIONALE DE L'AIDE, DES SOINS ET DES SERVICES AUX DOMICILES (UNA)

UNION NATIONALE DES CLLAJ

UNION NATIONALE POUR L'HABITAT DES JEUNES (UNHAJ)

VACANCES ET FAMILLES

VACANCES OUVERTES

VOIR ENSEMBLE

UNIOPSS

Unir les associations pour développer les Solidarités

Qui sommes-nous ?

Créée en 1947, l'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux) rassemble les acteurs associatifs des secteurs sanitaire, social et médico-social.

Elle porte ainsi auprès des pouvoirs publics la voix collective de l'ensemble de ces associations, engagées auprès des personnes vulnérables, pour développer les solidarités. Présente sur tout le territoire au travers d'un réseau d'unions régionales et d'une centaine de fédérations et d'associations nationales, l'Uniopss regroupe près de 35 000 établissements, 750 000 salariés et un million de bénévoles.

Les valeurs qui nous rassemblent

- Primauté de l'Humain
- Dignité de toutes et tous
- Solidarité
- Égalité dans l'accès aux droits
- Participation de toutes et tous à la vie de la société
- Respect des biens communs

Contact : Raphaël MOREAU, Conseiller technique – Santé/ESMS de l'Uniopss
01 53 36 35 21 – rmoreau@uniopss.asso.fr

Uniopss - 15 rue Albert CS 21306 - 75214 PARIS cedex 13
contact@uniopss.asso.fr - 01 53 36 35 00- www.uniopss.asso.fr