



Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

1^{ère} lecture Assemblée nationale

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

Octobre 2025

Avant-propos

Alors que débute l'examen par le parlement du projet de loi de finances (PLF) et du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), **l'Uniopss s'inquiète des conséquences possibles, pour les personnes vulnérables qu'accompagnent les associations des solidarités et de la santé, de plusieurs dispositions proposées.** En particulier, nous alertons sur le cumul de plusieurs mesures, impactant les personnes à revenus modestes et les classes moyennes.

Par ailleurs, l'Uniopss avait appelé à un budget 2026 d'investissement dans les solidarités, afin de prendre soin des personnes vulnérables, de répondre aux enjeux démographiques, aux besoins en termes d'autonomie, à la crise de la protection de l'enfance et aux situations de précarité.

Dans un contexte d'instabilité politique et économique, **les associations**, celles qui mènent des actions de bénévolat comme celles qui gèrent des établissements et services pour le compte de l'État et des départements, **ont besoin d'un soutien financier pour remplir leurs missions.** À ce titre, les PLF et PLFSS 2026 ne sont pas au rendez-vous des nombreux défis à relever : le vieillissement de la population, la dégradation de la santé mentale, la transformation de l'offre médico-sociale pour un meilleur accompagnement, les difficultés financières des structures non-lucratives dans les secteurs social, médico-social et de la santé, la prévention en santé, ou encore l'accompagnement dans et vers le logement et l'hébergement par une offre adaptée, notamment en termes de logements locatifs sociaux.

L'Uniopss déplore entre autres :

- ▶ Le gel des prestations sociales et familiales en 2026, qui acte le principe d'une année blanche, avec des conséquences plus prononcées sur le pouvoir d'achat des familles les plus en difficulté ;
- ▶ La hausse des franchises médicales et des participations forfaitaires, qui pèsera sur les conditions de vie des patients qui ont le plus besoin du système de santé ;
- ▶ L'insuffisance des moyens alloués à France Travail (avec une baisse annoncée de 515 ETP) pour mettre en œuvre de manière satisfaisante, pour les allocataires du RSA, la réforme qui conditionnera ce revenu à 15 heures d'activité obligatoires ;
- ▶ La sous-indexation des pensions jusqu'en 2030, qui rognera d'année en année le pouvoir d'achats des retraités ;
- ▶ La réduction de financements associatifs (-26 % de crédit pour la vie associative dont la suppression de 40 000 postes de service civique), et ceux destinés à l'économie sociale et solidaire (-54 %), alors que se mobilisaient de manière inédite, le 11 octobre, les associations, dont la situation n'était déjà plus tenable, elles qui remplissent chaque jour des missions d'intérêt général et à fort impact social.

Dans les exposés des motifs, le gouvernement justifie chacune de ces mesures par le fait qu'elles seraient supportables en période de faible inflation, mais cette vision cloisonnée du quotidien des habitants de notre pays ne reflète pas la réalité de leurs dépenses et de leurs besoins.

À la retraite ou actifs, ils peuvent, tout à la fois, être malades, en recherche d'un logement, aidants familiaux, en situation de handicap. Ainsi, l'accumulation des différentes mesures des textes budgétaires pèsera sur les personnes les plus précaires et risque de faire basculer dans la précarité des familles issues des classes moyennes.

Analyse du PLFSS 2026

S'agissant du budget de la Sécurité sociale, l'objectif de ramener les déficits à hauteur de 17,5 milliards d'euros en 2026 est peu réaliste, se basant notamment sur une progression de l'ONDAM à 1,6 %, une hausse nettement inférieure aux augmentations des années précédentes, lesquelles, en moyenne et hors période Covid-19, se situaient autour de 4,8 %.

Concernant le domaine de la santé, l'Uniopss pointe deux manquements dans le PLFSS 2026. 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 que chaque jour, des études montrent l'ampleur des besoins. De plus, les annonces sur le recentrage des ALD dans le cadre du PLFSS laissent craindre le pire : en effet, les affections psychiatriques de longue durée concernent 12 % des personnes en ALD (2e catégorie la plus importante). Pour répondre à l'urgence, l'Uniopss propose un fonds de soutien pour la santé mentale dans son amendement n°8.

Dans un second temps, le PLFSS ne propose aucune piste pour engager le virage préventif nécessaire à l'amélioration de la santé des Français. Au contraire, il risque d'engendrer des non-recours aux soins ou l'arrivée tardive dans un parcours de soin. Pour ce faire, l'Uniopss demande un rapport posant les bases d'un réel virage préventif (amendement n°12).

Par ailleurs, **l'Uniopss est fortement étonnée de l'absence de mesures de généralisation pour les Haltes Soins Addictions (HSA)** qui seules permettraient de pérenniser celles qui existent. Au bout de 10 ans d'expérimentation et de plusieurs rapports prouvant leur efficacité sociale et sanitaire, il s'agit de dépasser les préjugés pour soutenir des dispositifs qui fonctionnent (amendement n°14).

Malgré la présence de quelques avancées dans l'amélioration de l'accès aux soins dans le PLFSS, l'Uniopss considère **qu'un véritable service public territorial de santé ne peut reposer uniquement sur la mobilisation des étudiants en médecine**. Une restructuration globale du premier recours est nécessaire pour améliorer le niveau de santé de la population et doit s'accompagner impérativement d'un virage préventif, comme le demande l'Assurance maladie depuis plusieurs années.

Enfin, la mise à contribution et le renforcement de la transparence de l'industrie pharmaceutique (articles 10 et 11) étaient un attendu de l'ensemble des acteurs de la santé. L'Uniopss propose plusieurs pistes pour rendre efficiente cette transparence et appelle à un observatoire de la financiarisation de notre système de santé, conformément aux souhaits de l'Assurance maladie (amendements n°1, n°2 et n°22).

Concernant les jeunes enfants et les familles, l'Uniopss se satisfait de la création d'un congé de naissance supplémentaire, réforme attendue depuis plusieurs années. Ce nouveau congé ne vient pas se substituer aux possibilités de congés post-naissances existantes et l'Uniopss salue cette diversité de d'options laissées aux parents de jeunes enfants. La réforme proposée apparaît toutefois timide, la durée de ce nouveau congé n'étant que deux mois maximum par parent, avec une dégressivité de l'indemnisation entre ces deux mois, pouvant finalement inciter chaque parent à n'en prendre qu'un. De fait, l'exposé des motifs accompagnant cette proposition de réforme indique que des travaux devront en parallèle être menés pour refondre globalement les congés parentaux. Aussi, si ce congé de naissance supplémentaire est proposé dans l'attente d'une réforme plus ambitieuse, l'Uniopss appelle à avancer à 2026 son entrée en vigueur et à travailler, pour le PLFSS 2027, une réforme globale.

Concernant globalement la branche Famille, les dépenses prévisionnelles sont en légère augmentation par rapport à 2025. Les prévisions de dépenses pour 2026, 2027 et 2028 sont toujours croissantes, mais en deçà des prévisions réalisées. Pour l'Uniopss il ne faut pas amoindrir les prévisions et possibilités de dépenses de la branche Famille qui sont essentielles pour la réalisation d'ambitions fortes portées notamment dans la COG État-Cnaf 2023-2027.

Il s'agit en particulier de donner les moyens nécessaires au déploiement du Service public de la petite enfance et au renforcement du soutien à la parentalité. La baisse des naissances ne saurait justifier un moindre investissement pour les jeunes enfants déjà nés ou à naître, ainsi que pour leurs parents. L'Uniopss plaide, en particulier, **pour un soutien accru de la branche Famille en direction des crèches associatives et mutualistes rencontrant, pour la plupart d'entre elles, des difficultés liées à un sous-financement**. Ces structures sont pourtant des actrices incontournables pour garantir l'accueil de tous les jeunes enfants, incluant les plus vulnérables.

Enfin, **l'Uniopss s'oppose vivement au gel des prestations familiales prévues pour 2026**. Selon le rapport d'évaluation des politiques de Sécurité sociale pour 2024, ces prestations jouent un rôle protecteur fondamental contre la pauvreté monétaire, en particulier celle des enfants. Toutes configurations familiales confondues, elles abaissent en moyenne le taux de pauvreté des enfants de 7,4 points. Leur effet est particulièrement fort au sein des familles monoparentales de deux enfants ou plus (-16,2 points). **Ainsi le gel des prestations familiales et des autres prestations sociales aura des effets directs sur la pauvreté des enfants, et des conséquences néfastes sur leurs besoins les plus fondamentaux (logement, santé, alimentation, éducation).**

Concernant **la lutte contre la pauvreté et l'accès effectif aux droits**, le PLFSS 2026 s'inscrit en rupture avec les objectifs pourtant fixés par les autorités publiques. Le gel des prestations sociales et des pensions (article 44), le maintien des seuils de CSG à leur niveau de 2025 (article 6), et le doublement des franchises médicales et des participations forfaitaires (article 18) traduisent une orientation qui fait peser l'effort de redressement des comptes publics sur les ménages les plus modestes et les classes moyennes. En décidant la non-revalorisation des minima sociaux (RSA, AAH, ASPA, allocations familiales), le gouvernement organise une baisse nette du pouvoir d'achat des allocataires. **Dans un contexte de hausse du coût de la vie et de progression du taux de pauvreté, ces mesures aggraveront mécaniquement les situations de précarisation de toute une partie de la population**, en contradiction avec l'objectif de réduction de la pauvreté inscrit dans la stratégie nationale et les engagements internationaux de la France (ODD n°1).

Enfin, la suppression de la prise en compte, comme revenu professionnel, de l'AAH dans la prime d'activité, présentée comme une mesure d'équité, risque de diminuer fortement les ressources de certains allocataires.

L'objectif de dépenses pour 2026 de la branche Autonomie est fixé à 43,5 milliards d'euros, en augmentation de 3,5 % par rapport à 2025 (article 54). Cette dynamique de la branche Autonomie ne permet en aucun cas de répondre aux besoins croissants liés au vieillissement et au handicap.

La crise démographique, dont les prévisions indiquent qu'un Français sur trois aura plus de 60 ans en 2030, appelle à **une réforme d'ampleur, qui pourrait trouver racine dans une loi pluriannuelle, toujours attendue**. C'est le sens de l'amendement proposé par l'Uniopss, qui vise à ce qu'une telle loi soit votée avant le 31 décembre 2026 à la suite des engagements unanimes du parlement dans le cadre de la loi Bien vieillir.

D'autre part, depuis 2006, plus de 20 milliards d'euros ont été ponctionnés au secteur médico-social afin de combler le déficit de l'ONDAM par le biais de la réserve prudentielle. **En 2025, ce sont ainsi 240 millions d'euros mis en réserve qui ont été reversés à l'ONDAM, alors que le secteur connaît une grave crise et que la branche Autonomie accuse un déficit de 1,2 milliard d'euros**. Réaffecter les crédits de la réserve prudentielle au secteur médico-social permettrait de financer une loi autonomie, un plan d'attractivité des métiers et de soutenir la transformation de l'offre.

Côté Ehpad, le PLFSS 2026 prévoit un recrutement de 4 500 professionnels, représentant 250 millions d'euros, mais cela ne permettra pas d'atteindre la cible des 50 000 recrutements annoncés en 2022. Les financements liés à l'expérimentation de la fusion des sections soins et dépendance dans les Ehpad des 23 départements retenus sont poursuivis pour cette deuxième année.

L'accompagnement des personnes âgées dans tous les milieux de vie, notamment dans un contexte démographique important, d'approche domiciliaire et de lutte contre l'isolement, se traduit dans le PLFSS par 100 millions d'euros dans l'habitat intermédiaire. 50 millions d'euros sont attachés au développement de l'habitat intermédiaire qui permettra de loger 10 000 personnes âgées en perte d'autonomie à travers la création de 10 000 solutions d'habitat. Le reste de l'enveloppe, soit la moitié de la totalité, concerne le versement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour financer un renforcement des moyens de prévention de la perte d'autonomie et de coordination des soins en résidence autonomie.

Contrairement à l'année dernière, il n'est fait mention d'aucune aide exceptionnelle à destination des ESSMS en difficulté financière. L'Uniopss propose donc un fonds de soutien pour les établissements et les services à domicile d'au minimum 500 millions d'euros.

De même, **le PLFSS est totalement silencieux sur le secteur du domicile, alors que la réforme des Services autonomie à domicile entre en vigueur au 1^{er} janvier 2026 et qu'elle soulève encore des difficultés opérationnelles sur le terrain.** Pourtant, depuis plusieurs années, de multiples rapports soulignent le besoin urgent d'une réforme en profondeur de la tarification, afin de rendre le secteur de l'aide à domicile plus attractif – voire, dans l'immédiat, de permettre au modèle associatif non lucratif de subsister. L'Uniopss propose plusieurs amendements en ce sens pour résoudre les difficultés liées à cette réforme.

Pour le secteur du handicap, l'Uniopss se satisfait que le PLFSS transcrive deux mesures déjà actées : la prise en charge intégrale des fauteuils roulants par l'Assurance maladie et la poursuite du déploiement des 50 000 solutions.

L'article 36 porte sur la réforme SERAFIN-PH : il prévoit notamment une convergence tarifaire sur 8 ans et des mesures nouvelles pérennes à hauteur de 360 millions d'euros, soit 90 millions d'euros sur 4 ans dès 2027, afin d'inciter à la transformation de l'offre et en même temps de servir d'amortisseur de convergence négative. **En l'absence d'étude d'impact et compte tenu des interrogations sur l'utilisation de ces 360 millions d'euros, notamment le manque de clarté de l'articulation entre l'accompagnement de la convergence et le soutien à la transformation de l'offre via cette enveloppe, l'Uniopss fait part de ses réserves quant à cet article.** Elle demande qu'en 2026, année blanche, les établissements puissent avoir connaissance des évolutions de leurs dotations à venir.

L'Uniopss se félicite de la traduction à l'article 37 de la mise en œuvre de l'accord du 4 juin 2024 concernant les « Oubliés du Ségur ». Il permet à la CNSA de verser une aide forfaitaire à hauteur de 85 millions d'euros aux départements. **Il convient désormais aux départements de verser la contribution aux établissements et services** concernées pour pallier une partie des impasses budgétaires. L'Uniopss sera attentive à ce que les compensations au titre de l'année 2025 soient effectivement versées aux établissements et services.

Puisque le débat parlementaire va avoir pleinement lieu, l'Uniopss en appelle à présent aux élus nationaux, pour faire de ce PLFSS 2026 l'outil de préservation et de développement de notre modèle social, alors que nous venons de célébrer les 80 ans de la Sécurité sociale.

Table des matières

Avant-propos	1
Analyse du PLFSS 2026	2
Amendement n°1	10
Article n°10	10
Transparence des conventions et du prix net des médicaments	10
Amendement n° 2	12
Article additionnel n° 11	12
Transparence sur le prix des médicaments	12
Amendement n° 3	14
Article additionnel n° 12	14
Déplafonnement des taxes sur l'alcool	14
Amendement n° 4	16
Article additionnel n° 12	16
Harmonisation de la fiscalité sur les alcools	16
Amendement n° 5	18
Article additionnel n° 12	18
Taxe sur les bières industrielles sucrées	18
Amendement n° 6	20
Article additionnel n° 12	20
Taxe sur les bières <8 %	20
Amendement n° 7	22
Article additionnel n° 12	22
Taxe sur la publicité pour les boissons alcoolisées	22
Amendement n° 8	24
Article additionnel n° 18	24
Fonds pour la santé mentale	24
Amendement n° 9	27
Article n° 18	27
Suppression du doublement des franchises	27
Amendement n°10	29
Article additionnel n°18	29

Paiement différé des frais médicaux pour les personnes majeures protégées

Amendement n° 11	30
Article additionnel n°19	30
Prendre en charge l'activité physique adaptée prescrite	30
Amendement n° 12	31
Article additionnel n° 19	31
Rapport sur l'état de la prévention en santé	31
Amendement n° 13	33
Article additionnel n° 19	33
Renforcement des rendez-vous de prévention	33
Amendement n° 14	35
Article n° 21	35
Renforcer l'accès aux soins des personnes précaires consommatrices de drogues pérenniser les haltes soins addictions	35
Amendement n° 15	38
Article additionnel n° 21	38
Inclure les bénéficiaires de l'AME dans le régime général de l'Assurance Maladie	38
Amendement n° 16	40
Article additionnel n° 21	40
Faciliter l'accès à la C2S pour tous les bénéficiaires	40
Amendement n° 17	41
Article additionnel n° 21	41
Evaluation des démarches d' « aller vers » à destination des personnes âgées isolées	41
Amendement n° 18	43
Article additionnel n° 22	43
Création d'un fonds national expérimental pour la cohabitation intergénérationnelle solidaire	43
Amendement n° 19	45
Article additionnel n° 22	45
Financement des évaluations médico-sociales et du coût de la démarche qualité	45
Amendement n° 20	47
Article additionnel n° 22	47
Programmation quadriennale du financement et du déploiement en place des Appartements de Coordination Thérapeutique, des Lits Halte Soins Santé et des Lits d'Accueil Médicalisés	47
Amendement n° 21 amendement de repli de l'amendement n° 20	49

Article additionnel n° 22	
Rapport visant à prévoir un plan de développement, de financement et de programmation triennal de l'offre concernant les Appartements de Coordination Thérapeutique, des Lits Halte Soins Santé et des Lits d'Accueil Médicalisés	49
Amendement n° 22	50
Article additionnel n° 25	50
Observatoire de la financiarisation du système de santé	50
Amendement n° 23	51
Article additionnel n° 27	51
Loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge	51
Amendement n° 24	53
Article additionnel n° 27	53
Reconduire le fonds d'urgence pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux en difficulté financière	53
Amendement n° 25	54
Article additionnel n° 27	54
Valorisation du rôle de l'animateur et de son implication dans la vie sociale en EHPAD	54
Amendement n° 26	55
Article additionnel n° 27	55
Conditions de travail et promotion de la bientraitance dans les secteurs social, médico-social et de la santé	55
Amendement n° 27	57
Article additionnel n° 27	57
Evaluation de la mise en œuvre des heures de lien social pour les bénéficiaires de l'APA	57
Amendement n° 28	59
Article additionnel n° 34	59
Uniformisation des pratiques des conseils départementaux dans le secteur de l'aide à domicile	59
Amendement n° 29	61
Article additionnel n° 34	61
Expérimentation d'ensembliers associatifs pour les personnes âgées précaires	61
Amendement n° 30	63
Article n° 36	63
Communiquer aux organismes gestionnaires les modalités de transitions de la convergence tarifaire dans le cadre de la réforme SERAFIN PH	63
Amendement n° 31	64

Article additionnel n° 36	
Rendre valables les autorisations sur l'ensemble des territoires d'intervention des services se regroupant pour former un SAD	64
Amendement n° 32	66
Article additionnel n° 36	66
Harmoniser les procédures de création des SAD	66
Amendement n° 33	68
Article additionnel n° 36	68
Intégrer les Services d'accompagnement à domicile dans le périmètre de l'Objectif Général des Dépenses de la Branche Autonomie	68
Amendement n° 34	69
Article additionnel n° 36	69
Réformer le financement des SAD par la mise en place d'une dotation globale de fonctionnement	69
Amendement n° 35	71
Article additionnel n° 36	71
Exprimer la capacité des services d'aides à domicile en heures	71
Amendement n° 36	72
Article additionnel n° 37	72
Taxe sur les salaires	72
Amendement n° 37	74
Article n° 38	74
Suppression de l'article 38 du PLFSS « Déduire des indemnités versées par les assurances et fonds d'indemnisation l'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap »	74
Amendement n°38	76
Article additionnel n° 42	76
Rémunérer le congé de proche aidant	76
Amendement n° 39	78
Article n° 44	78
Suppression de l'article 44 relatif au gel des prestations sociales et des pensions	78
Amendement n°40	80
Article additionnel n° 44	80
Etendre le Ségur aux salariées des services d'aide à domicile	80
Amendement n°41	82
Article additionnel n° 44	82

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

Amendement n°42	84
Article additionnel n° 44	84
Déterminer les contours d'une prestation universelle d'autonomie	84
Amendement n°43	85
Article additionnel n° 44	85
Permettre le report possible des aides APA non réalisées sur une période d'un an	85
Amendement n°44	86
Article additionnel n° 44	86
Supprimer la saturation du plafond du plan d'aide APA pour le bénéfice du droit au répit	86
Amendement n°45	87
Article additionnel n°44	87
Réformer l'Observatoire de l'habitat inclusif	87
Article additionnel n° 44	89
Renforcer le forfait autonomie des résidences autonomie pour favoriser leur ouverture sur l'extérieur	89
Amendement n°46	89
Article additionnel n° 44	89
Renforcer le forfait autonomie des résidences autonomie pour favoriser leur ouverture sur l'extérieur	89
Amendement n°47	90
Article additionnel n° 44	90
Prise en charge des coûts liés au fonctionnement de la personne 3P par l'aide à la vie partagée	90
Amendement n°48	91
Article additionnel n° 44	91
Instaurer un observatoire national de l'autonomie piloté par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie afin de mieux connaître les besoins pour adapter l'offre dans les territoires et établir un baromètre des inégalités territoriales	91
Amendement n° 49	93
Article additionnel n° 45	93
Protéger les personnes qui portent assistance aux victimes d'urgence médicale	93

Amendement n°1

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article n°10

Transparence des conventions et du prix net des médicaments

(Amendement proposé par Médecins du Monde et l'Uniopss)

Avant le II de l'article 10, est inséré un 4° rédigé comme suit :

« 4° Au troisième alinéa du I de l'article L162-17-3 du Code de la Sécurité sociale :

« a) Les mots « les prix de vente au public », sont remplacés par les mots « En application l'article de l'article L. 151-8 du code du commerce, les prix de vente au public »

« b) Après le mot : « tarifs », sont insérés les mots : « , les conventions mentionnées à l'article L. 162-16-4 »

« c) Après les mots « le cas échéant, les prix », est inséré le mot : « nets » »

Exposé des motifs

En cohérence avec la résolution sur la transparence du marché des médicaments, vaccins et produits de santé votée par la France à l'Assemblée Mondiale de la Santé en mai 2019, cet amendement propose de rendre publiques les conventions signées par le CEPS avec l'industrie pharmaceutique, dont les remises accordées.

Aujourd'hui, seul le prix facial des médicaments est publié au Journal officiel, et les informations détaillées sur ce qui est réellement payé par le système de santé ne sont pas disponibles. Pourtant, les prix des produits de santé ont un impact direct sur l'accès aux soins pour les patient-e-s et sur les finances publiques, puisque remboursés par l'assurance maladie. L'absence de transparence en la matière est donc un problème démocratique et sanitaire.

Selon le rapport de l'Assurance maladie Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses en date de Juillet 2020, l'impossibilité de connaître le détail des remises négociées « pose à la fois un problème national, puisque la politique de régulation des prix du médicament se trouve construite sur des bases erronées, ainsi qu'au niveau international dès lors que les comparaisons et les informations tarifaires provenant d'autres pays qui servent pour la fixation des prix ne sont pas fiables. »

L'accès à une information complète, notamment sur les différences entre prix facial et prix réel par suite des diverses remises (taux L, clauses et remises spécifiques, dispositifs alternatifs de conventions, contrats de performance...), permettrait une vision éclairée pour les parlementaires et les parties prenantes, dont la société civile, sur les finances publiques et sur la politique publique du médicament. Il s'agit alors par cet amendement d'organiser la transparence sur les prix, de lutter contre l'asymétrie d'information qui prévaut dans les relations entre les pouvoirs publics et les industries pharmaceutiques et ainsi de renforcer notre démocratie sur les questions de santé et d'accès aux soins par un renforcement du droit à l'information des citoyen-ne-s.

Amendement n° 2

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 11

Transparence sur le prix des médicaments

(Amendement proposé par Médecins du Monde par l'Uniopss)

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

« Le premier alinéa de l'article L. 162 17 4-3 du Code de la Sécurité sociale est réécrit de la manière suivante :

« Les entreprises mettent à la disposition du comité économique des produits de santé les montants des contributions publiques cumulées entre pays, dont subventions et avantages fiscaux perçus en lien avec la recherche, le développement et la production des spécialités pharmaceutiques inscrites ou ayant vocation à être inscrites sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code.

Les entreprises mettent également à la disposition du comité économique des produits de santé tous renseignements sur les éléments techniques et comptables ayant concouru à la détermination de son prix. Ces éléments comprennent :

- 1. les dépenses de recherche et développement directement engagées pour la spécialité avant et jusqu'à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, à l'exclusion des dépenses afférentes aux opérations d'acquisition, rachats ou prises de licence de brevets et autres droits de propriété intellectuelle, sans lien direct avec le développement de ladite spécialité*
- 2. l'estimation du coût de revient, conformément aux articles L.2196-5 à L.2196-7 du Code de la commande publique ;*
- 3. la marge opérée par l'entreprise exploitant ladite spécialité pharmaceutique.*

La Cour des Comptes contrôle annuellement la véracité des déclarations des entreprises concernant les montants des contributions publiques reçues. En cas de non-déclaration ou de déclaration erronée, elle applique des sanctions aux entreprises concernées. Le barème de sanction est fixé par décret.

En application à l'article L.151-8, 3° du Code de commerce, ces données sont rendues publiques dans le rapport annuel du comité économique des produits de santé. »

Exposé des motifs

Cet amendement vise à transposer dans le droit national les engagements de la France contractés lors de la résolution sur la transparence du marché des médicaments, vaccins et produits de santé votée par la France à l'Assemblée Mondiale de la Santé en mai 2019.

Par cela, il vise à renforcer le contrôle des prix des spécialités pharmaceutiques par le Comité économique des produits de santé (CEPS), en particulier pour les médicaments bénéficiant d'une exclusivité de commercialisation en raison d'une position monopolistique.

Actuellement, la fixation des prix repose sur des éléments déclaratifs fournis par les laboratoires, sans possibilité pour le CEPS de vérifier leur sincérité ou d'accéder aux données comptables détaillées. Cette asymétrie d'information fragilise la capacité de l'État à assurer un juste équilibre entre la rémunération de l'innovation et la soutenabilité financière de l'assurance maladie.

Cet amendement s'inspire des enquêtes de coûts prévues dans les articles L.2196-5 à L.2196-7 du Code de la commande publique et des pratiques existantes dans le cadre des achats publics du ministère des armées¹.

La communication des informations demandées en application du présent article s'effectuent sans que puisse être opposée la protection instituée aux articles L.151-1 et suivants du Code de commerce relatifs au secret des affaires. Cette exception s'applique en vertu de l'article L.151-8, 3°, du même code et de l'article 5, c), de la directive (UE) 2016/943 du 8 juin 2016, visant à protéger un intérêt légitime reconnu par le droit de l'Union européenne ou par le droit national.

¹ Édition Chronologique n° 49 du 1 juillet 2022. Disponible sur :
<https://www.defense.gouv.fr/sites/default/files/sqa/1%20INSTRUCTION%20N%C2%B0%20520ARMDGADOSDAQ.pdf>

Amendement n° 3

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 12

Déplafonnement des taxes sur l'alcool

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

Après l'article 12, 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 des motifs

En France, 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 la première cause d'hospitalisation en France. Pourtant, selon l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), les taxes ne couvrent pas la moitié des dépenses mobilisées par les finances publiques face aux dommages induits par la consommation d'alcool.

Aujourd'hui, l'alcool, à l'instar d'autres produits nocifs comme le tabac et les boissons sucrées (sodas...), fait l'objet de taxes spécifiques. Mais alors que les taxes sur les boissons sucrées et le tabac sont indexées sur l'inflation, les taxes liées aux boissons alcooliques sont bloquées à un relèvement annuel de 1,75% maximum, même en période de forte inflation.

En 2025, les recettes d'accises représentent environ plus de 4 milliards d'euros, avec un taux d'indexation légale d'1,75 % par an, alors que l'inflation observée ces dernières années représente environ une augmentation de 4 à 6 % par an. Il serait donc intéressant de prendre en compte l'inflation et de faire une indexation réelle des accises de l'alcool afin d'accroître encore un peu plus les recettes fiscales liées aux boissons alcoolisées. L'écart moyen entre l'inflation (5 %) et l'indexation réelle des droits d'accise (1,75 %) atteint +3,25 points, ce qui représente un manque d'ajustement significatif.

Si l'on appliquait une indexation pleine sur cette base, les recettes pourraient augmenter de 130 millions € par an (à partir des 4 Mds € actuels). Selon l'inflation réelle observée, le gain annuel estimé varierait entre 105 millions d'euros (inflation +2 %) et jusqu'à 316 millions d'euros (inflation +4 à 5 %).

Cette mesure permettra d'abonder le budget de la Sécurité sociale et, ainsi, de financer des programmes de prévention.

Amendement n° 4

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 12

Harmonisation de la fiscalité sur les alcools

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

Après l'article 12, 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 des motifs

Les recettes de taxation issues de l'alcool ne couvrent que 42 % du coût des soins engendrés par la consommation d'alcool selon l'OFDT. Pourtant, l'alcool représente la deuxième cause de cancer évitable et la 1ère cause d'hospitalisation en France. Alors que l'OMS recommande d'agir sur le prix de tous les alcools, la fiscalité française sur les boissons alcooliques se base sur le type d'alcool plutôt que sur le volume d'alcool. Seuls les alcools titrant à plus de 18% d'alcool sont ainsi concernés par la « cotisation sécurité sociale », qui sert à alimenter la branche maladie de la sécurité sociale.

Cet amendement, qui reprend une proposition de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie dans le rapport « Charges et Produits » pour 2026, 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. Selon les calculs, l'application de la cotisation sociale à tous les alcools pourrait rapporter environ 3 milliards d'euros de recettes supplémentaires.

Aujourd'hui, une bouteille de vin vendue à un prix moyen de 4,50 € est totalement exonérée de cette cotisation, alors qu'elle contient en moyenne près de 10 cl d'alcool pur, pour un pourcentage d'alcool moyen de 12,5%. L'application du tarif de droit commun (609,80 €/hectolitre d'alcool pur) entraînerait une hausse modérée du prix final, de l'ordre de 0,69 € par bouteille, soit +15 %, tout en générant des recettes nouvelles et justifiées pour l'assurance maladie. Cette mesure, en ligne avec les recommandations de l'OMS, permettrait d'aligner la fiscalité du vin sur celle des autres alcools, tout en renforçant les leviers de prévention et de responsabilisation liés à la consommation d'alcool.

Amendement n° 5

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 12

Taxe sur les bières industrielles sucrées

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

Après l'article 12, 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 Etat membre de l'Union européenne mentionnés à l'article 302 V bis ou par les personnes mentionnées au 4° du 2 du I de l'article 302 D.

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

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

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

Exposé des motifs

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

- ▶ 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° 6

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 12

Taxe sur les bières <8 %

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

Après l'article 12, 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 2026, 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 des motifs

Le présent amendement vise à augmenter le droit spécifique perçu sur les bières dont le titre alcoométrique dépasse les 8 % vol. En effet, depuis plusieurs 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 a déjà participé à des alcoolisations ponctuelles importantes, communément appelées "binge drinking".

Amendement n° 7

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 12

Taxe sur la publicité pour les boissons alcoolisées

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

Après l'article 12, insérer l'article suivant :

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 2024. »

« VI. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2025. »

Exposé des motifs

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

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 18

Fonds pour la santé mentale

Après l'article 18, 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 1^{er} 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 des motifs

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 rencontrée 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 »², 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 propose³ 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.

² Gouvernement, [bilan juin 2025 de la feuille de route santé mentale et psychiatrie](#), juin 2025

³ Uniopss, [Plaidoyer pour une politique globale de Santé mentale](#), juin 2025

En se basant sur les conclusions de la commission d'enquête sur les effets psychologiques de TikTok sur les mineurs⁴, 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 2025⁵, un doublement de la taxe pourrait rapporter un total de 1,56 milliard d'euros à l'Etat 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'Etat ou l'Assurance Maladie.

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.

⁴ Assemblée nationale, [Commission d'enquête sur les effets psychologiques de TikTok sur les mineurs](#)

⁵ [Projet de loi de finances pour 2025 \(no 324\) Amendement n°1-1367 - Assemblée nationale](#)

Amendement n° 9

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article n° 18

Suppression du doublement des franchises

“Le présent article est supprimé”.

Exposé des motifs

Cette mesure, déjà appliquée une première fois en 2024, revient à augmenter significativement le reste à charge des patients pour des actes médicaux, médicaments et transports sanitaires. Il constitue :

Atteinte à l'accès aux soins

- ▶ Le doublement des franchises médicales pénalise directement les patients, en particulier les plus précaires et les personnes atteintes de maladies chroniques.
- ▶ Exemple : une personne en ALD devra payer 72 € supplémentaires par an.
- ▶ Injustice sociale et aggravation des inégalités
- ▶ La mesure ne concerne pas uniquement les plus aisés : des millions de patients modestes ne sont pas couverts par la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) et devront assumer ces coûts.
- ▶ Taxer la maladie revient à faire payer ceux qui n'ont pas choisi d'être malades, ce qui est contraire aux principes de solidarité du système de santé français.

Effets contre-productifs

- ▶ Les franchises médicales ne réduisent pas la consommation médicale de manière significative. Elles découragent l'accès aux soins, ce qui peut entraîner des retards de diagnostic et des complications médicales plus coûteuses à long terme.

Cet amendement vise à supprimer le doublement des franchises médicales prévu dans le PLFSS 2026. Il s'inscrit dans une volonté de préserver l'égalité d'accès aux soins, de défendre les principes de solidarité et de garantir un financement équitable du système de santé, sans faire peser le poids de la mauvaise gestion budgétaire sur les malades.

En se basant sur les conclusions de la commission d'enquête sur les effets psychologiques de TikTok sur les mineurs⁶, 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 2025⁷, un doublement de la taxe pourrait rapporter un total de 1,56 milliard d'euros à l'Etat 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.

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.

⁶ Assemblée nationale, [Commission d'enquête sur les effets psychologiques de TikTok sur les mineurs](#)

⁷ [Projet de loi de finances pour 2025 \(no 324\) Amendement n°1-1367 - Assemblée nationale](#)

Amendement n°10

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n°18

Palement différé des frais médicaux pour les personnes majeures protégées

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 des motifs

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'Etat 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° 11

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n°19

Prendre en charge l'activité physique adaptée prescrite

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

Après l'article 19, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Code de la Sécurité Sociale est ainsi modifié :

Après la dernière phrase de l'article L. 1172-1, insérer la phrase suivante :

« Les activités physiques prescrites sont prises en charge par l'Assurance Maladie dans des conditions fixées par décret ».

Exposé des motifs

Les bienfaits de l'activité physique sont prouvés scientifiquement (moins de récives dans les cancers du sein et du colon), que ce soit, pour promouvoir la santé, en termes de prévention primaire pour réduire les risques liés à la sédentarité, ou en prévention secondaire pour freiner l'évolution, voire améliorer, un état de santé dégradé. L'activité physique et sportive entraîne des bénéfices tant au niveau physique et physiologique que psychologique et social en réduisant la consommation de certains médicaments. Si l'instauration de la prescription par le médecin, pour les personnes en ALD, d'une activité physique adaptée (APA), est une avancée dans la reconnaissance de l'activité dans le cadre du parcours de soins, de nombreux freins demeurent, dont principalement l'absence de prise en charge financière qui accentue les inégalités sociales d'accès à l'activité physique. Cet amendement vise à inscrire dans le droit commun le principe d'une prise en charge financière de l'activité physique adaptée prescrite afin de la rendre accessible à tous les assurés en ALD.

Amendement n° 12

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 19

Rapport sur l'état de la prévention en santé

Après l'article 19, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le gouvernement remet au parlement et Conseil économique social et environnemental, avant le 1er octobre 2027, un rapport évaluant le niveau de la prévention en santé en France.

Ce rapport devra notamment :

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

Exposé des motifs

La mesure des dépenses de prévention en santé reste très difficile à mener en France. Aujourd'hui, les deux principaux instruments de mesure qui existent sont le rapport annuel de la DREES relatif aux dépenses de santé⁸ et l'annexe au projet de loi de finance relatif à la prévention en santé⁹.

En 2021, la Cour des Comptes¹⁰ vient complexifier la chose en rajoutant les dépenses de remboursement de consommation de soins ou de biens médicaux (CSBM) à visés préventives par l'Assurance maladie. Alors que la DREES et le jaune budgétaire font état de 6 milliards (Sécurité sociale et Etat) de dépenses pour la prévention, la Cour des Comptes obtient un montant de 15 milliards en rajoutant la CSBM).

La DREES et le jaune budgétaire mesure ce qu'on appelle la « prévention institutionnelle ». Celle-ci fait référence au financement des programmes de surveillance, de recherche, de veille, de sensibilisation ou de promotion de santé. Ainsi, elle relève du déploiement d'une politique publique de prévention à l'échelle d'un territoire. La Cour des Comptes fait le choix de rajouter les dépenses de la CSBM, qui renvoie au comportement des individus, que ce soit de leur propre chef, ou soit l'impulsion d'un programme de prévention (à la suite d'une campagne de sensibilisation ou sur recommandation d'un autre professionnel, par exemple) vont consommer un soin ou un bien médical.

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

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

⁸ DREES, [les dépenses de santé en 2022](#), édition 2023, 2023

⁹ Gouvernement, [Annexe au projet de loi de finances pour 2024 : Prévention en santé](#), 2023

¹⁰ Cour des Comptes, [La politique de prévention en santé](#), novembre 2021

Amendement n° 13

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 19

Renforcement des rendez-vous de prévention

Après l'article 19, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

2° A la suite du premier alinéa, l'alinéa suivant est ajouté :

« Les rendez-vous de prévention mentionnés au premier alinéa du présent article sont adaptés aux besoins de chaque individu et prennent notamment en compte les besoins de santé des femmes, des minorités sexuelles et de genre, des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité, dans une logique d'aller vers et en tenant compte des spécificités territoriales en matière de déterminants de la santé et d'accès à la prévention. »

3° Au deuxième alinéa, à la première phrase, « ils » est remplacé par « Les rendez-vous de prévention destinés aux adultes de dix-huit ans ou plus ».

4° Au deuxième alinéa, à la première phrase, les mots « la santé mentale et » sont supprimés et les mots « et de prévenir les troubles de santé mentale » sont ajoutés après les mots « santé sexuelle ».

5° À la suite du deuxième alinéa, l'alinéa suivant est ajouté :

« Les rendez-vous de prévention destinés aux mineurs âgés de douze à dix-sept ans ont notamment pour objectifs, en fonction des besoins, de promouvoir l'activité physique et sportive et une alimentation favorable à la santé, de faire le point sur le calendrier vaccinal, et de prévenir les troubles de santé mentale, y compris les conduites addictives. Ces rendez-vous de prévention répondent aux besoins des populations spécifiques mentionnées au deuxième alinéa du présent article. Les conditions dans lesquelles, à titre exceptionnel et lorsque l'assuré mineur est dans l'impossibilité de se rendre à un rendez-vous physiquement, la télémedecine ou le téléssoin peut être utilisé pour faciliter l'accès à ces rendez-vous de prévention sont définies par voie réglementaire. »

6° Après le dernier alinéa, les alinéas suivants sont ajoutés :

« En fonction des besoins de la personne, et notamment pour les populations mentionnées au deuxième, quatrième et cinquième alinéas du présent article, des professionnels du médico-social et du social peuvent être conviés par le professionnel de santé en charge de la réalisation des rendez-vous de prévention mentionnés au premier alinéa du présent article. Si la situation l'exige, le parcours coordonné renforcé mentionné à l'article L. 4012-1 est mis en place. La liste des professionnels du médico-social et du social pouvant être associés aux rendez-vous de prévention mentionnés au premier alinéa du présent article est prise par arrêté du ministre en charge de la santé.

Les professionnels de santé intervenant en milieu scolaire et en milieu professionnel sont informés de la réalisation du rendez-vous de prévention mentionné au premier alinéa du présent article pour l'assuré relevant de leur compétence et ils reçoivent un compte-rendu détaillé de ce rendez-vous, afin d'en tenir compte dans l'exercice de leurs missions. »

Exposé des motifs

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

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

Également, ces rendez-vous manquent d'une attention particulière aux besoins des populations qui peuvent être particulièrement éloignées des soins et qui peuvent nécessiter des accompagnements spécifiques en santé : les minorités sexuelles et de genre, ainsi que les personnes en situation de précarité et les personnes en situation de handicap.

Ces populations nécessitent des accompagnements spécifiques et nous proposons que ces rendez-vous de prévention soient ouverts à la participation de professionnels du médico-social et du social pour les situations complexes et qu'un accompagnement renforcé soit proposé, le cas échéant. Il est également essentiel que ces rendez-vous de prévention fassent l'objet d'une démarche d'« aller vers », pour être réellement efficaces et couvrir l'ensemble de la population.

La médecine du travail et la médecine scolaire doivent également être, à minima, informées de ce rendez-vous et des suites qui lui sont données, pour adapter au mieux leur accompagnement de la personne dans ces milieux.

Amendement n° 14

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article n° 21

Renforcer l'accès aux soins des personnes précaires consommatrices de drogues pérenniser les haltes soins addictions

**(Amendement proposé par Fédération Addiction
et soutenu par l'Uniopss)**

L'article 21 est ainsi modifié :

I. - Après le III., il est inséré :

IV. 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.

« Une halte “soins addictions” est ouverte dans chaque 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 et chaque centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés à l'article L. 3411-6, désigné par arrêté du ministre chargé de la santé, 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.

« 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 l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services.

III. - La charge pour les collectivités territoriales est compensée à due concurrence par la majoration de la dotation globale de fonctionnement et, corrélativement pour l'État, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services.

IV. - 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 des motifs

Renforcer l'accès aux soins de tous, partout sur le territoire, doit demeurer une priorité absolue : c'est également vrai pour les villes où existent une consommation de drogues dans l'espace public. Les haltes soins addictions (HSA, anciennement salles de consommations à moindre risque) sont des dispositifs pensés précisément pour répondre à cette problématique. Expérimentées depuis 2016 à Paris et Strasbourg, les HSA sont des dispositifs médico-sociaux qui permettent à des personnes, pour la plupart en grande précarité, de consommer des substances dans un cadre sécurisé, d'accéder à des soins, à la prévention (surdoses, VIH, hépatites) et à un accompagnement social. Toutes les évaluations des HSA (INSERM, IGAS/IGA, Hospices civils de Lyon) sont unanimes sur leurs effets positifs :

- ▶ Pour la tranquillité publique : les HSA permettent une baisse des consommations de drogues dans l'espace public entraînant moins de seringues dans la rue, un apaisement des tensions dans le quartier, une réduction des incivilités. Depuis 2016, plus de 550 000 injections ont eu lieu dans les deux salles existantes : autant de consommations qui auraient lieu dans la rue sans les HSA
- ▶ Pour la santé publique : maillon d'une chaîne allant de la prévention, au soin, en passant par la réduction des risques, les HSA permettent de rapprocher, du soin des personnes souvent en errance médicale, évitent des décès, participent à l'amélioration de leur état de santé et sont une porte vers la réorientation vers d'autres dispositifs sanitaires et sociaux
- ▶ Pour les finances publiques : en dix ans, les HSA ont permis de réduire, d'environ 11 millions d'euros les dépenses liées à la prise en charge médicale des consommateurs de drogues.

11 maires de grandes villes ont d'ailleurs récemment signalé leur soutien aux HSA, tout comme le procureur de la République de Marseille, ville où l'absence de salle crée d'importants problèmes dans le quartier de la gare.

Pourtant, en l'état actuel du droit, le cadre expérimental prenant fin à la fin de l'année, les HSA devront fermer leur porte le 1er janvier 2026 : une perspective dramatique pour leurs usagers mais également pour les quartiers où elles sont implantées car entraînant l'inévitable retour dans la rue de centaines de consommations quotidiennes aujourd'hui réalisées dans la salle. Cet amendement propose donc de prendre acte de l'évaluation positive de ce dispositif et de l'inscrire dans le droit commun.

Amendement n° 15

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 21

Inclure les bénéficiaires de l'AME dans le régime général de l'Assurance Maladie

(Amendement proposé par Médecins du Monde et 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 des motifs

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

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

Les personnes en situation de précarité qui ont des droits potentiels à l'AME sont confrontées à de multiples obstacles pour l'ouverture et le maintien de leur droit. Le taux de non-recours à l'AME est très important, de 49 %¹¹.

Les barrières administratives et financières à l'accès aux soins sont reconnues depuis longtemps comme des déterminants de santé à part entière¹². 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 2010¹³. Depuis 2014, le Défenseur des droits renouvelle cette recommandation¹⁴. Enfin l'Académie nationale de médecine a pris cette position dès 2017¹⁵.

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 séjour¹⁶. 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.

¹¹ 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

¹² Haut Conseil de la santé publique : « Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité », La Documentation française, 2010.

¹³ 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*

¹⁴ 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.

¹⁵ Académie nationale de médecine : *rapport-Précarité-pauvreté-et-santé-version-21-juin-2017*.pdf

¹⁶ 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° 16

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 21

Faciliter l'accès à la C2S pour tous les bénéficiaires

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

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

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

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

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

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

II. – Le présent article entre en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} juillet 2027 pour l'ensemble des bénéficiaires mentionnés au I.

Exposé des motifs

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

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

Amendement n° 17

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 21

Evaluation des démarches d' « aller vers » à destination des personnes âgées isolées

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement, un rapport évaluant les démarches d'« aller vers » mises en œuvre sur le territoire, destinées aux personnes âgées, par les collectives territoriales, les caisses de sécurité sociale, et France services.

Ce rapport recense les dispositifs quels que soient leur forme, notamment les services itinérants. Il évalue leur capacité à atteindre les publics les plus éloignés des services, à lutter contre l'isolement social, à favoriser l'accès aux droits, à renforcer la prévention en santé, à lutter contre le non-recours aux droits... Le rapport propose des pistes d'amélioration, de renforcement ou de pérennisation de ces démarches, à partir des besoins territoriaux.

Exposé des motifs

Certaines personnes âgées n'accèdent pas aux services publics de proximité, en raison de la dématérialisation de l'accueil et des démarches administratives, de la fermeture et l'éloignement des services publics, ou encore de leur perte d'autonomie. C'est pourquoi, le développement des démarches « d'allers vers » est apparu essentielle. Elles sont mises en œuvre par les collectives territoriales, les caisses de sécurité sociale, des associations, ou encore France services.

Le programme France services, créé par la circulaire du 1^{er} juillet 2019, poursuit les objectifs d'une plus grande accessibilité des services publics (accueils physiques ou services itinérants), d'une plus grande simplicité des démarches administratives et d'un renforcement de la qualité de service. Encourager et prioriser le déploiement de solutions itinérantes fait partie des critères de priorité pour décider de l'implantation France Services.

D'après le rapport de la Cour des comptes « Programme France Services de 2024, les espaces France services sont majoritairement des structures fixes (soit 86 %, les 14 % restantes correspondent à des antennes (4 %) mais peuvent aussi être des bus ou espaces France services itinérants (6 %).

Les démarches d'« aller vers », tels que les services itinérants (comme les bus), visent à atteindre tous les publics pour lutter contre le non-recours aux droits. Ces services itinérants restent minoritaires parmi les espaces France services (168 espaces itinérants ou bus et 183 structures multi-sites). Pourtant, ils présentent l'opportunité de créer du lien social et proposer un accompagnement de proximité pour des personnes âgées isolées.

En l'absence d'évaluation globale, comme le souligne la Cour des comptes, l'impact de ces démarches reste difficile à mesurer. Un rapport d'évaluation paraît opportun pour dresser un état des lieux des démarches d'aller vers, en l'occurrence les services itinérants, constater leur efficience et l'atteinte aux publics cibles, et enfin identifier les leviers d'amélioration dans la perspective de renforcer leur déploiement.

Amendement n° 18

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 22

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

(Amendement Uniopss soutenu par Cohabilis)

Après l'article 22, insérer un article ainsi rédigé :

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

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

Exposé des motifs

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Amendement n° 19

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 22

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

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

Après l'article 22, insérer un article ainsi rédigé :

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

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° 20

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 22

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

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

Après l'article 22, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

Exposé des motifs

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

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

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

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

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

Amendement n° 21 amendement de repli de l'amendement n° 20

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 22

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

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

Après l'article 22, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

Exposé des motifs

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

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

Amendement n° 22

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 25

Observatoire de la financiarisation du système de santé

Après l'article 25, 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 des motifs

Plus de 180 milliards d'euros de transactions ont été réalisées ces deux dernières années dans le domaine de la santé. Afin de mieux appréhender l'ampleur de ce mouvement, l'Assurance maladie a renouvelé sa recommandation de mise en place d'un observatoire de la financiarisation du système de santé¹.

Par exemple, des acteurs ont détourné les modèles des centres de santé dentaire, ophtalmologique et orthoptiques à des fins pécuniaires, alors que ces centres ont dans leur statut l'obligation de non-lucrativité. Ces acteurs ont également employé des personnels sous-qualifiés ayant entraîné la mutilation de multiples patients. L'Assurance maladie a dû augmenter les contrôles dans ces structures. Aussi, l'Assurance maladie s'inquiète de l'augmentation exponentielle des profils des sociétés de transports sanitaires, alors que ces derniers représentent une part de plus en plus importante dans le budget de l'assurance maladie. De plus, les récents scandales concernant la gestion des crèches et EHPAD privés lucratifs nécessitent 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°23

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 27

Loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge

(Amendement Uniopss soutenu par la FNADEPA)

L'article 10 de la 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 : « 2026 ».

Exposé des motifs

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 turnover du personnel massif.

Un an et demi 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° 24

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 27

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

Après l'article 49, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Pour l'année 2026, 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.

Exposé des motifs

Cet amendement prévoit le déploiement, en 2026, 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 2026 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° 25

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 27

Valorisation du rôle de l'animateur et de son implication dans la vie sociale en EHPAD

Le gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport détaillé sur la vie sociale en Ehpad.

Ce rapport devra notamment :

- ▶ Analyser les besoins en animation au sein des Ehpads et le rôle spécifique des animateurs dans la prévention de la perte d'autonomie et le maintien de la qualité de vie des résidents.
- ▶ Évaluer l'impact d'une prise en charge partielle des animateurs sur la section soins/dépendance, en tenant compte de la nature des activités d'animation et de leur contribution aux soins non-médicamenteux.
- ▶ Proposer des recommandations pour mieux encadrer et structurer les financements des postes d'animateurs en garantissant une reconnaissance de leur contribution dans les missions des Ehpads relatives aux sections soins et dépendance.

Exposé des motifs

Issu de la loi du 2 janvier 2002, l'article L. 1116-1 du Code de l'action sociale et des familles est rédigé comme suit : « *L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets* ». Il en ressort que les ESMS assurent une mission médicale mais promeuvent également la vie sociale des personnes accompagnées.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm en 2011 au sujet de la qualité de vie en Ehpads, plus précisément sur la vie sociale des résidents, soulignaient l'hétérogénéité de la place et du rôle de l'animation ainsi que le manque de reconnaissance de ce métier.

Le rapport de la Commission des Affaires sociales du Sénat « *Ehpads : un modèle à reconstruire* » de septembre 2024 préconise de créer les conditions de l'intégration des métiers du « *mieux vivre* » s'englobant ainsi dans l'idée de développer et de financer l'activité des professionnels de l'accompagnement notamment pour mieux soigner et mieux accompagner les personnes âgées en Ehpads. Le rapport relève également que certaines dépenses actuelles - dont l'animation - relèvent toujours de la section hébergement alors qu'elles sont liées au soin et à la prévention de la perte d'autonomie et, par conséquent, recommande qu'elles soient prises en charge par un forfait global soins et dépendance.

Amendement n° 26

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 27

Conditions de travail et promotion de la bientraitance dans les secteurs social, médico-social et de la santé

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

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport pour améliorer les conditions de travail et promouvoir la bientraitance dans les secteurs social, médico-social et de la santé à travers les axes suivants :

- ▶ **Financements** : Préciser les moyens financiers dédiés aux actions de prévention et aux actions de lutte contre les maltraitance (sensibilisation, formation, etc.), étudier des scénarii de financements complémentaires pour construire un système avec une répartition des coûts, fondé sur les besoins réels, sans répercussion financière pour les associations, corrélér le financement des établissements aux besoins (besoins de soins avec une dimension préventive, besoins d'autonomie, besoins de vie sociale).
- ▶ **Gouvernance** : Renforcer la dimension interministérielle lors de la conception, l'élaboration et la mise en application des politiques de santé publique, et rendre systématique la participation des professionnels de terrain, des personnes accompagnées/patients et de leur entourage.
- ▶ **Qualité de l'accompagnement et conditions de travail** : Définir un ratio minimal d'encadrement en fonction des ESMS et des besoins des personnes, permettant des accompagnements de qualité et humain et d'individualiser l'accompagnement.

Exposé des motifs

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

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

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

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

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

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

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

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

Amendement n° 27

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 27

Evaluation de la mise en œuvre des heures de lien social pour les bénéficiaires de l'APA

(Amendement porté par l'Uniopss et soutenu par la FNAPAEF)

Le gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport évaluant la mise en œuvre du dispositif des heures de lien social prévues pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile, tel qu'instauré par l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Ce rapport évalue en particulier :

- ▶ L'effectivité du recours aux heures de lien social par les bénéficiaires de l'APA ;
- ▶ L'adéquation du nombre d'heures prévues avec les besoins et les profils des personnes âgées concernées ;
- ▶ Les effets sur le bien-être et l'isolement des personnes bénéficiaires ;
- ▶ L'impact sur les conditions et la qualité de vie au travail des professionnels ;
- ▶ Les freins identifiés et les leviers d'amélioration (financiers, organisationnels, etc.).

Exposé des motifs

Depuis le 1er janvier 2024, conformément à l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, les personnes âgées bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile peuvent bénéficier d'un temps dédié au lien social, assuré par les aides à domicile ou les auxiliaires de vie. Ces heures visent à lutter contre l'isolement des personnes âgées par le partage de moments conviviaux et d'échanges mais également à améliorer la qualité de vie au travail des professionnels.

L'ambition de ce dispositif se heurte à des réalités : difficultés pour obtenir un taux d'heures APA classiques à la hauteur des besoins, capacité des SAAD à mettre en œuvre les heures de lien social en raison du manque de professionnels¹⁷, disparités territoriales en matière de financements...

¹⁷ HCFEA, rapport « Bien vivre et vieillir dans l'autonomie à domicile : Les conditions pour permettre aux personnes âgées, vulnérables ou non, de bénéficier de réponses adaptées à leurs besoins et aspirations », février 2024

Une évaluation de son application est à mener au sujet de son utilisation, de la concordance entre le nombre d'heures attribuées et les besoins/profil de la personne, des impacts sur les personnes et les professionnels, les freins ainsi que les leviers d'amélioration.

Amendement n°28

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 34

Uniformisation des pratiques des conseils départementaux dans le secteur de l'aide à domicile

Après l'article 34, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport détaillé sur les pratiques des Conseils Départementaux en matière de tarification, d'octroi des plans d'aide liés à l'APA et à la PCH, ainsi que sur l'utilisation de la dotation complémentaire. Ce rapport devra évaluer les disparités dans la gestion de ces dispositifs entre les départements et proposer des mesures pour harmoniser et optimiser les pratiques.

Ce rapport devra notamment :

- ▶ Examiner les pratiques des Conseils Départementaux qui imposent des participations financières supplémentaires, non prévues par la loi, dans le cadre des plans d'aide APA ou PCH, et proposer des sanctions à l'encontre des départements qui continuent de pratiquer des contributions extra-légales.
- ▶ Évaluer les différences dans l'utilisation des grilles d'évaluation des besoins pour l'attribution des plans d'aide APA. Le rapport proposera des solutions pour développer et mettre en place une grille nationale d'évaluation, afin d'uniformiser les pratiques et garantir une équité territoriale.
- ▶ Analyser l'utilisation des fonds de la dotation complémentaire par les Conseils Départementaux et formuler des recommandations pour une utilisation conforme et homogène des fonds, notamment pour s'assurer qu'ils soient utilisés pour des actions spécifiques d'amélioration des services.

Exposé des motifs

Cet amendement vise à résoudre plusieurs dysfonctionnements dans la gestion des services à domicile par les Conseils Départementaux, en particulier en matière de tarification, d'octroi des plans d'aide APA et PCH, et d'utilisation de la dotation complémentaire.

Actuellement, certains départements imposent des participations financières supplémentaires non prévues par la loi, créant ainsi des inégalités injustifiées entre les bénéficiaires. Ces pratiques, parfois mises en place pour compenser des financements insuffisants, sont contraires à la réglementation et ajoutent une charge financière inéquitable sur les bénéficiaires, notamment ceux de l'APA et dans certains départements, ceux de la PCH.

En parallèle, les différences dans l'utilisation des grilles d'évaluation des besoins pour l'attribution des plans d'aide conduisent à des disparités territoriales importantes. Deux bénéficiaires ayant des besoins similaires peuvent recevoir des aides très différentes en fonction de leur département de résidence.

L'objectif de cet amendement est de garantir une plus grande harmonisation des pratiques au niveau national. En proposant la mise en place d'une grille d'évaluation unique, développée en concertation avec les acteurs du secteur, nous pourrions réduire ces inégalités et rapprocher les montants des plans d'aide entre départements.

En outre, l'utilisation de la dotation complémentaire, allouée par la CNSA, est-elle aussi marquée par des pratiques disparates. Certains départements n'utilisent pas l'intégralité des fonds alloués, tandis que d'autres les affectent à des dépenses courantes, détournant ainsi ces ressources de leur objectif initial qui est l'amélioration des services rendus aux bénéficiaires. Cette gestion hétérogène compromet l'efficacité du dispositif.

Cet amendement propose donc une étude nationale pour analyser ces trois enjeux de manière intégrée et formuler des recommandations concrètes pour uniformiser les pratiques, améliorer l'efficacité des financements publics et garantir l'équité dans l'accès aux aides sociales. Il s'agit de renforcer la transparence, de prévenir les dérives, et d'assurer que les personnes âgées et personnes en situation de handicap bénéficient, à domicile, des aides auxquelles elles ont droit, sans variation arbitraire selon leur lieu de résidence.

Amendement n° 29

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 34

Expérimentation d'ensembliers associatifs pour les personnes âgées précaires

À titre expérimental, pour une durée de trois ans, des ensembliers associatifs peuvent être constitués afin de regrouper, sur un même site géographique ou au sein d'un même ensemble bâti, tout ou partie des structures suivantes : pensions de famille, habitats inclusifs, petites unités de vie, résidences autonomie.

Ces ensembliers visent à assurer une continuité de parcours et une coordination renforcée de l'accompagnement des personnes en situation de précarité vieillissantes.

Un appel à projets national, porté par la CNSA, est lancé dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi pour sélectionner les projets portés par des structures associatives.

Un rapport d'évaluation est remis au Parlement au terme de l'expérimentation, afin d'en tirer les enseignements et de proposer, le cas échéant, une généralisation.

Exposé des motifs

Comme le reste de la population, les personnes en situation de précarité vieillissent. Cependant, elles se trouvent des logements ou hébergements qui ne sont pas spécialisés dans l'accompagnement de la perte d'autonomie. D'autres solutions sont à trouver mais cette recherche peut s'avérer difficile pour des personnes avec un profil spécifique et qui sont à la fois concernées par les politiques du logement, de la précarité et de l'autonomie. Ce morcellement se manifeste également au sein des acteurs qui ne connaissent pas et rend difficile l'orientation des personnes.

En s'inscrivant dans des logiques de décroisement des secteurs social, médico-social et sanitaire, des initiatives associatives ont vu le jour ces dernières années et ont permis une continuité du parcours de la personne, une réponse à ses besoins évolutifs ainsi qu'une coopération et une complémentarité entre les acteurs.

L'expérimentation permettra de structurer et d'essaimer des ensembliers associatifs pouvant comprendre pensions de famille, habitats inclusifs, petites unités de vie, résidences autonomie dans l'objectif de fluidifier l'accompagnement. Elle pourra s'inspirer de modèles existants.

L'expérimentation aura lieu sur la base d'appel à projet lancé par la CNSA créant ainsi un cadre juridique accompagné d'un financement. A terme, une évaluation portant sur les plus-values de ces regroupements et les leviers d'amélioration est à mener dans la perspective d'une généralisation.

Amendement n° 30

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article n°36

Communiquer aux organismes gestionnaires les modalités de transitions de la convergence tarifaire dans le cadre de la réforme SERAFIN PH

Modifier l'article 36 de la manière suivante :

Après le V, insérer « Suite à cette transmission, les établissements et services concernés seront informés du résultat de cette simulation dans un délai d'un mois. »

Ajouter un alinéa « Le gouvernement remet un rapport au parlement détaillant l'emploi des mesures pérennes allouées aux établissements et services mentionnés au 2° du I de l'article L. 312 1 du code de l'action sociale et des familles accompagnant des mineurs ou jeunes adultes en situation de handicap, en précisant notamment l'articulation entre accompagnement de la convergence et soutien à la transformation de l'offre via cette enveloppe. »

Exposé des motifs

Afin d'envisager la convergence tarifaire dans de bonnes conditions, les organismes gestionnaires ont besoin de connaître le montant de leurs futures dotations dans les meilleurs délais. De nouvelles remontées de données doivent avoir lieu en 2026 pour permettre des simulations du montant de la part principale et de la modulation des futures dotations, mais la date de ce recueil et la communication de ses résultats n'est pas encore fixée. Pour laisser le temps aux gestionnaires d'adapter leurs budgets afin que le modèle entre en vigueur comme prévu en 2027, il est crucial que les résultats des simulations leur soient communiqués dans les meilleurs délais.

Une enveloppe de mesures nouvelles à hauteur de 360 M€ sur 4 ans à partir de 2027, soit 90M€ / an, doit inciter à la transformation de l'offre. Il est demandé au Gouvernement qu'il précise, dans un rapport au Parlement, l'utilisation de ces crédits et, notamment, leur emploi au soutien de l'accompagnement de la convergence induite par cette réforme.

Amendement n° 31

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 36

Rendre valables les autorisations sur l'ensemble des territoires d'intervention des services se regroupant pour former un SAD

(Amendement proposé par 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 5^{ème} 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 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 5^{ème} 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 des motifs

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° 32

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 36

Harmoniser les procédures de création des SAD

(Amendement proposé par l'UNA, soutenu par l'Uniopss)

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

Exposé des motifs

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 fois 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 Senior (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 autorisés pour intervenir exclusivement dans une RSS perdure. 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° 33

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 36

Intégrer les Services d'accompagnement à domicile dans le périmètre de l'Objectif Général des Dépenses de la Branche Autonomie

(Amendement proposé par l'UNA, soutenu par l'Uniopss)

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 10^{ème} 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 des motifs

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. Autrement dit, il y a un secteur médico-social à deux vitesses : les établissements et services financés par l'OGD et ceux financés par les départements. Ce dispositif apparaît 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 reconnaître 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° 34

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 36

Réformer le financement des SAD par la mise en place d'une dotation globale de fonctionnement

(Amendement proposé par 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 1^{er} janvier 2028.

Exposé des motifs

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 dénommée préfiguration et qui a 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 démontré 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 coûts (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 apparaît 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° 35

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 36

Exprimer la capacité des services d'aides à domicile en heures

(Amendement proposé par l'UNA, soutenu par l'Uniopss)

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

Exposé des motifs

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 nécessaires 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 à domicile 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. Cette suppression permettra de toiletter les textes applicables dans le cadre de la transformation de ces services en Services Autonomie à Domicile.

Amendement n° 36

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 37

Taxe sur les salaires

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 des motifs

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 entraîne 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 accroître l'attractivité du secteur, sont souvent remises en question car entraînant 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° 37

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article n° 38

Suppression de l'article 38 du PLFSS « Déduire des indemnisations versées par les assurances et fonds d'indemnisation l'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap »

Amendement Uniopss et APF France handicap (travaillé avec l'ANADAVI, la FNATH, l'UNAFTC et soutenu par le Collectif Handicaps)

Suppression de l'article 38

“Le présent article est supprimé”.

Exposé des motifs

Le présent article vise à instaurer un principe de subsidiarité de l'APA et de la PCH par rapport aux indemnisations servies par les responsables de dommages corporels.

Il est proposé sans la consultation des acteurs concernés et dans un objectif d'économies budgétaires, au détriment du respect des droits des personnes.

La présente mesure contrevient aux principes de ces différentes aides. L'APA vise à prendre en charge la perte d'autonomie des personnes âgées. La PCH est une aide pour répondre aux besoins de perte d'autonomie liée à un handicap. Ainsi, leur nature et objet ne sont pas la réparation d'un préjudice.

En l'état actuel, les départements (via les MDPH et les formulaires de demandes depuis quelques années) demandent aux personnes en situation de handicap si elles sont victimes d'accidents et si elles bénéficient à ce titre d'une indemnisation et son montant lors de leur demandes d'accès au fond de compensation ou dès l'entrée dans le dispositif. Dans la pratique il existe un véritable flou de ce qui est appliqué dans ces situations par les MDPH d'autant plus qu'en droit rien n'interdit d'être indemnisé au titre d'une réparation et d'accéder à un droit à compensation.

L'article 38 permet au département de déduire du montant de l'APA à domicile ou de la PCH, les indemnités reçues par le bénéficiaire en réparation d'un dommage corporel qui couvrent des besoins figurant dans leurs plans d'aides, ce qui déroge de façon drastique au droit actuel sans donner aucune clé pour résoudre tous les problèmes pratiques qui s'ensuivront.

En effet, d'une part, le processus d'indemnisation peut être long pour une personne victime d'un dommage corporel (plusieurs années). Le temps long de l'indemnisation n'est pas le même temps de la compensation qui permet de répondre à des besoins immédiats. Les provisions versées ne sont pas forcément détaillées et ne concernent que rarement les besoins en tierce personne. Mais encore, comment déduire le capital versé au titre de besoins en tierce personne futurs calculé à partir de barèmes de capitalisation choisis par les parties ou le juge d'une prestation par nature mensuelle et future ? Les questions sont multiples.

De plus, la déclaration de l'indemnisation fait peser sur les personnes, parfois déjà en difficulté, une certaine charge administrative, s'ajoutant à l'ensemble des démarches liées à leur situation. Plusieurs conséquences peuvent être identifiées comme la confusion entre les différentes aides et indemnités ainsi que le non-recours à l'APA ou la PCH. Le croisement de ces données, avec celles des assureurs et des départements engendre une complexité administrative qui peut se traduire par des lenteurs ou des erreurs.

Les pratiques des Conseils départementaux en matière d'octroi des plans d'aide liés à l'APA et à la PCH sont déjà très hétérogènes. Ce principe de subsidiarité pourrait renforcer les inégalités territoriales.

C'est à juste titre que le législateur renonce à donner au département un recours subrogatoire dans les procédures en indemnisation ce qui provoquerait une demande systématique des assureurs de privilégier le règlement prioritaire par le département de tous les besoins en tierce personne et en matériel des victimes, le département devenant une sorte de sécurité sociale des besoins en tierce personne.

Par ailleurs, la 2^{ème} chambre civile de la Cour de cassation s'est plusieurs fois prononcée en la matière en jugeant que l'APA n'a pas de caractère indemnitaire. : « cette allocation, versée par le conseil départemental et non mentionnée par l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985, ne donne pas lieu à un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation » (Cass. 2e civ., 20 oct. 2016, n° 15-17.507). Sa position est similaire en matière de PCH (Cass. 2e civ., 29 juin 2017, 16-17.864)

Pour ces raisons, nous demandons la suppression de cet article et l'organisation de travaux nationaux sur le sujet associant tous les acteurs concernés avant de proposer un texte législatif et de renvoyer au règlement toutes les modalités d'application.

Amendement n°38

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 42

Rémunérer le congé de proche aidant

(Amendement proposé par APF France handicap, soutenu par l'Uniopss)

Après l'article 42, 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 des motifs

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 (article 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° 39

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article n° 44

Suppression de l'article 44 relatif au gel des prestations sociales et des pensions

Article unique

L'article 44 est supprimé.

Exposé des motifs

L'article 44 du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026 prévoit, à titre exceptionnel, de **geler l'ensemble des prestations sociales, plafonds de ressources et indemnités indexées sur l'inflation pour l'année 2026**, et d'instaurer une **sous-indexation des pensions de retraite** entre 2027 et 2030.

Une telle mesure, sans précédent depuis la création de la Sécurité sociale, reviendrait à **rompre le principe d'indexation des prestations sur l'évolution du coût de la vie**, qui garantit la stabilité du niveau de vie des bénéficiaires.

En privant l'ensemble des allocataires de toute revalorisation en 2026, le dispositif provoquerait une **baisse réelle de revenus**, y compris dans un contexte de ralentissement de l'inflation. Les ménages concernés : allocataires de minima sociaux, familles modestes, personnes en situation de handicap, retraités aux faibles pensions — subiraient une dégradation immédiate de leurs conditions de vie, alors que leurs dépenses contraintes (logement, énergie, alimentation) demeurent dynamiques.

Cette mesure aggraverait mécaniquement la pauvreté monétaire, alors que selon l'Insee et la Drees, **près de 9 millions de personnes vivent déjà sous le seuil de pauvreté, dont 2 millions de plus de 60 ans**.

Les prestations familiales ont un rôle protecteur contre la pauvreté monétaire, en particulier des enfants. Toutes configurations familiales confondues, elles abaissent en moyenne le taux de pauvreté des enfants de 7,4 points. Leur effet est particulièrement fort au sein des familles monoparentales de deux enfants ou plus (-16,2 points). Ainsi le gel des prestations familiales et des autres prestations sociales aura des effets directs et négatifs sur la pauvreté des enfants.

Les personnes âgées sont aussi particulièrement impactées par cette mesure qui se traduit par une baisse du niveau de vie. D'une part, en raison de l'absence de revalorisation des prestations de solidarité, telle que l'ASPA, sans distinction du niveau de pension. D'autre part, parce que le coefficient de revalorisation annuelle des pensions de retraite de base sera réduit à hauteur de 0,4 % de 2027 jusqu'en 2030.

Le **Préambule de la Constitution de 1946**, auquel renvoie notre Constitution actuelle, consacre le principe selon lequel « la Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement ». L'article L. 115-4 du code de l'action sociale et des familles impose, quant à lui, d'assurer à chacun « des ressources suffisantes pour vivre dans la dignité ».

Or, la suspension de la revalorisation des prestations sociales revient à **porter atteinte au principe de solidarité nationale**, en faisant peser l'ajustement budgétaire sur les plus vulnérables.

La stabilisation forcée des prestations sociales et des pensions réduira le revenu disponible de plusieurs millions de ménages. Outre son coût social, cette mesure pourrait avoir un **effet macro-économique récessif**, en pesant sur la consommation des ménages modestes, dont la propension à consommer est la plus élevée.

Le rétablissement des équilibres financiers de la Sécurité sociale ne peut se faire au prix d'une déstabilisation du socle de solidarité et de justice sociale qui fonde notre modèle.

C'est pourquoi il est proposé de **supprimer l'article 44** du présent projet de loi.

Amendement n°40

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 44

Etendre le Ségur aux salariées des services d'aide à domicile

(Amendement proposé par 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 1^{er} janvier 2026.

Exposé des motifs

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

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 44

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

Après l'article 44, 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 des motifs

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

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

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

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

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

Amendement n°42

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 44

Déterminer les contours d'une prestation universelle d'autonomie

Après l'article 44, 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 des motifs

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

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

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

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

Amendement n°43

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 44

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

Après l'article 44, 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 des motifs

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 1^{er} 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°44

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 44

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

Après l'article 44, 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 des motifs

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°45

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n°44

Réformer l'Observatoire de l'habitat inclusif

Après l'article L. 281-4 du Code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Il est institué un Observatoire national de l'habitat inclusif, chargé de collecter, analyser, diffuser et valoriser les données et pratiques relatives à l'habitat inclusif sur l'ensemble du territoire. Il contribue à l'évaluation des politiques publiques en matière d'habitat inclusif et favorise la mise en réseau des acteurs.

Un décret fixe ses missions, sa composition, son mode de fonctionnement. Il précise également les modalités pour animer l'Observatoire, notamment le rôle de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), de la Direction Générale De La Cohésion Sociale (DGCS), et la Direction de l'Habitat, de l'Urbanisme et des Paysages (DHUP), ainsi que pour missionner des entités ou structures d'envergure nationale ancrées dans l'écosystème de l'habitat inclusif. »

Exposé des motifs

Un Observatoire de l'habitat inclusif a été mis en place à l'initiative du Comité interministériel du handicap (CIH) du 2 décembre 2016, avec pour objectif de structurer une démarche nationale et favoriser le développement de l'habitat inclusif. En l'état actuel, il est co-présidé par la DGCS, la DHUP et la CNSA. Il comprend les associations, les représentants des collectivités territoriales, et les institutions.

Or, cet Observatoire ne dispose, à ce jour, d'aucune existence juridique et son fonctionnement reste limité (peu de réunion et production). Sa composition n'est plus représentative des différentes parties prenantes impliquées dans l'habitat inclusif au regard des changements intervenus depuis sa création en 2018.

Le présent amendement vise à donner une base légale à l'Observatoire de l'habitat inclusif, ou tout autre forme d'organisation, en tant qu'outil national de pilotage, d'observation, de capitalisation et de diffusion des pratiques dans ce domaine. Il prévoit qu'un décret fixe ses missions, sa composition et son fonctionnement. Ce décret prévoit également les modalités d'animation nationale par les ministères et administrations avec la possibilité de s'appuyer sur des structures expertes et opérationnelles (en matière de prospection, d'analyse ou réalisation d'outils à destination des porteurs de projets et des collectivités, diffusion de bonnes pratiques, réalisation d'études d'impact...).

Une telle consécration législative contribue à assurer la régularité du fonctionnement de cet Observatoire et à l'efficacité de son animation au service des acteurs du champ de l'habitat inclusif (associations, départements, institutions...).

Amendement n°46

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 44

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 CASF 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 des motifs

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°47

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 44

Prise en charge des coûts liés au fonctionnement de la personne 3P par l'aide à la vie partagée

(Amendement proposé par Familles Solidaires et soutenu par l'Uniopss)

Après l'article 44, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

Au premier alinéa de l'article L. 281-2-1, après les mots : « leur permettant de financer le projet de vie sociale et partagée » sont insérés les mots : « ainsi que les coûts de fonctionnement qui en découlent pour la personne morale chargée d'assurer le projet de vie sociale et partagée ».

Exposé des motifs

Faute de mention expresse dans le texte de l'article L.281-2-1 du code de l'action sociale et des familles, plusieurs départements n'intègrent pas, dans l'évaluation du montant de l'aide à la vie partagée (AVP) versée aux habitants d'un habitat inclusif, les coûts liés au fonctionnement de la « personne morale chargée d'assurer le projet de vie sociale et partagée » (dite « personne 3P »). Exemple : doter d'équipement informatique et de moyens de communication, ou assurer la gestion administrative de la personne en charge de fournir le service.

Or une prise en compte de ces frais de fonctionnement – qui s'impose en principe, pour des raisons économiques évidentes, dans le financement de n'importe quel service – est indispensable à l'exécution même du service rendu par cette personne morale, et à la qualité de service rendu aux habitants de l'habitat inclusif.

Il convient évidemment de ne prendre en compte que les seuls coûts induits, pour cette personne morale « 3P », par l'aide à la vie partagée qu'elle apporte spécifiquement aux habitants en question.

L'AVP est une prestation de sécurité sociale (risque autonomie), dont l'amendement a pour effet d'étendre le champ. Celui-ci ne constitue donc pas un cavalier législatif.

Amendement n°48

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 44

Instaurer un observatoire national de l'autonomie piloté par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie afin de mieux connaître les besoins pour adapter l'offre dans les territoires et établir un baromètre des inégalités territoriales

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

« Il est institué un Observatoire national de l'autonomie, placé auprès de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Il est chargé, en lien avec les acteurs du Service Public Départemental de l'Autonomie (SPDA) et la DREES, de mettre en place une méthodologie pour alimenter les observatoires territoriaux des besoins et la production des données socles par territoires nécessaires au diagnostic et à l'analyse des besoins des personnes en situation de handicap, des personnes âgées et de leurs proches aidants et de proposer un référentiel national commun pour harmoniser le recueil des données.

Afin de pouvoir mener une réflexion sur la faisabilité de projections dans le temps, il fait réaliser des travaux d'études, de recherche et d'évaluation quantitatives et qualitatives, qui alimentent notamment les diagnostics territoriaux, les politiques publiques locales et nationales et les référentiels de formation ainsi que l'évaluation des besoins mentionnée au 2° de l'article L. 1434-2 du Code de la santé publique. Les administrations de l'État, des collectivités territoriales et des établissements publics sont tenues de communiquer à l'observatoire les éléments qui lui sont nécessaires pour la poursuite de ses buts sous réserve de l'application des dispositions législatives imposant une obligation de secret. Il contribue au développement de la connaissance et des systèmes d'information, en particulier lorsque les diagnostics relatifs aux besoins d'accompagnement des personnes sont inexistantes ou lacunaires, en liaison notamment avec les organismes régionaux, nationaux et internationaux. Il élabore chaque année, à destination du Premier Ministre et du Parlement, un rapport synthétisant les travaux d'études, de recherche et d'évaluation réalisés aux niveaux départemental et régional. Ce rapport est rendu public. Un décret en Conseil d'État détermine la composition, les missions et les modalités de fonctionnement de l'observatoire. »

- ▶ *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.*
- ▶ *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 des motifs

La statistique publique française est, depuis de nombreuses années, vigoureusement critiquée, aussi bien par des autorités nationales qu'internationales, sur son mutisme en matière de handicap et d'autonomie. La CNH d'avril 2023 avait annoncé la mise en place d'un observatoire des besoins des personnes en situation de handicap. Le Comité interministériel au handicap 2024 a quant à lui annoncé la mise en place d'observatoires territoriaux des besoins des personnes en situation de handicap confiés aux ARS. Mais pour avoir une vision fine des besoins sur l'ensemble du territoire, le croisement des différentes données relevant d'autorités distinctes est nécessaire, notamment au niveau départemental. C'est ce qui amène la mission IGAS sur la transformation de l'offre à considérer que « l'enjeu de connaissance des besoins est aussi territorial pour la programmation de l'offre que national pour l'allocation de crédits aux ARS et la conduite des politiques publiques », appelant un pilotage de la donnée à l'échelle nationale. De plus, l'ONU, à travers les préconisations du Comité des droits des personnes handicapées rendues en septembre 2021, incite la France à poursuivre la transformation des établissements vers une orientation plus prononcée vers les services. La transformation de l'offre et son adaptation implique une connaissance des besoins des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, au niveau national et territorial, afin de permettre l'adaptation de l'offre au public à l'échelle des bassins de vie. La mission IGAS considère que la CNSA et la DREES sont à même de piloter la donnée au niveau national, d'autant plus que la DREES coordonne déjà un groupe des producteurs de données sur le handicap dont la CNSA. Ensemble, elles seraient à même de mettre en place une méthodologie pour alimenter les observatoires territoriaux des besoins et la production des données socles nécessaires au diagnostic et à l'analyse des besoins des personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie, pour mener une réflexion sur la faisabilité de projections dans le temps.

En outre, avoir un observatoire piloté au niveau national par la CNSA permettrait la mise en place d'un baromètre des inégalités constituant un levier de transparence et de pilotage au service de l'action publique assurer l'universalité des droits et l'égalité de traitement en tout lieu du territoire. À ce jour, aucun outil structurant ne permet de répondre à cet enjeu. Il s'agit d'une demande largement partagée par les associations du secteur. À cette fin, il pourrait être envisagé de créer et harmoniser les référentiels « d'évaluation des besoins territoriaux » institué par le Code la santé publique pour l'élaboration des schémas régionaux de santé, de publier et harmoniser les données collectées dans les collectivités et de développer des outils de suivi des besoins et des aspirations des personnes en situation de handicap et de leurs familles

Amendement n° 49

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Article additionnel n° 45

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

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

Après l'article 45, 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 des motifs

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

La loi actuelle punit la consommation de stupéfiants de lourdes sanctions : un an de prison et 3750 € d'amende. Dans bien des cas d'urgence médicale, cet interdit pousse les personnes ou leurs proches à retarder l'appel des secours, voire à y renoncer. Le présent amendement, inspiré des lois dites du « bon Samaritain » en vigueur au Canada 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.

LES ADHÉRENTS DE L'UNIOOSS

L'Uniooss 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 (ANAMAFA)

ASSOCIATION NATIONALE
DES ÉQUIPES CONTRIBUANT
À 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 SPÉCIALISÉS (CHEOPS)

COORDINATION NATIONALE DES
RÉSEAUX DE MICROSTRUCTURES
(CNRMS)

EMMAÛS 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 TSGANES
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



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

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

