



Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023

1^{ère} lecture Assemblée Nationale

Séance publique

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

Octobre 2022

Récapitulatif des avis et propositions d'amendements

Préambule	4
Amendement n°1	6
Article N°4	6
Amendement n°2	7
Article N°8	7
Amendement n°3	8
Article N°17 (art. actualisé)	8
(Amendement proposé par l'Uniopss et la Fédération Addiction)	8
Amendement n°4	11
Article additionnel N°17bis (nouveau)	11
Allouer des financements spécifiques aux missions de prévention des CSAPA (élaboré par la Fédération Addiction et soutenu par l'Uniopss)	11
Amendement n°5	13
Article N°18	13
Avis sur l'article N°19	14
Avis sur l'article N°20	15
Amendement n°6	16
Article additionnel N°20bis	16
Pour une protection maladie réellement universelle - Inclure l'Aide médicale d'État (AME) dans le régime général de la Sécurité sociale (élaboré par Médecins du Monde et soutenu par l'Uniopss)	16
Amendement n°7	18
Article N°21	18
Avis sur l'article N°23	19
Amendement n°8	20
Article additionnel N°28bis (nouveau)	20
Financer les expérimentations en santé Haltes Soins Addictions (HSA) à la suite de l'arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges nationales relatif aux HAS (élaboré par la Fédération Addiction et soutenu par l'Uniopss)	20
Amendement n°9	22
Article N°32	22
Repréciser les conditions de reprise des excédents enregistrés par les établissements dans le cadre d'un CPOM	22
Amendement n°10	23
Article N°32bis	23
(Soutenu par APF France handicap)	23
Amendement n°11	24
Article additionnel N°32ter (nouveau)	24
Repréciser les conditions de signature d'un CPOM unique dans le cadre de compétences de tarification et de contrôle conjointes	24

Amendement n°12	25
Article additionnel N°33bis	25
Prévoir le chiffrage du coût à la charge des établissements dans le cadre de la procédure d'agrément des accords applicables aux salariés des Établissements et Services Sociaux et Médico Sociaux privés à but non lucratif (ESSMS)	25
Amendement n°13	27
Article additionnel N°33ter	27
Mettre en place un outil de comparaison des financements des revalorisations salariales avec le besoin réel des établissements concernés	27
Amendement n°14	29
Article additionnel N°33quater	29
Instaurer un observatoire national de l'autonomie afin de mieux connaître les besoins pour adapter l'offre (Amendement identique soutenu par le Collectif Handicaps)	29
Amendement n°15	31
Article N°34	31
Amendement n°16	32
Article additionnel N°34bis	32
Abroger la barrière d'âge pour bénéficier de la prestation de compensation du handicap (Amendement identique soutenu par le Collectif Handicaps)	32
Amendement n°17	33
Article additionnel N°34ter	33
Déterminer les contours d'une prestation universelle d'autonomie (Amendement identique soutenu par le Collectif Handicaps)	33
Amendement n°18	34
Article N°36	34
Réforme du complément de libre choix du mode de garde « emploi direct »	34
Amendement n°19	35
Article N°36 (nouveau)	35
(Amendement proposé par l'Uniopss et l'Union nationale ADMR)	35
Amendement n°20	37
Article additionnel N°37bis (nouveau)	37
Prévenir les conséquences sanitaires et sociales des expulsions locatives des personnes malades (élaboré par la Fédération Santé Habitat et soutenu par l'Uniopss)	37
Amendement n°21	38
Article additionnel N°37ter (nouveau)	38
Mettre en cohérence les acteurs du parcours des enfants malades en situation de précarité (élaboré par la Fédération Santé Habitat et soutenu par l'Uniopss)	38
Amendement n°22	39
Article additionnel N°37quater (nouveau)	39
Exonération de la procédure d'appel à projet pour les Appartements de coordination thérapeutique (élaboré par la Fédération Santé Habitat et soutenu par l'Uniopss)	39
Avis sur l'article N°43	40
L'Uniopss soutient également les articles additionnels et amendements suivants	41

Préambule

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2023 propose un chapitre sur la prévention présentée comme une priorité politique pour le quinquennat à venir. Nous déplorons cependant que **la santé mentale soit insuffisamment présente** dans les mesures proposées, malgré la situation particulièrement critique de la santé mentale des populations¹, notamment des populations jeunes, des personnes avec des troubles psychiatriques et/ou des maladies chroniques et en situation de vulnérabilité sociale. De façon générale, **la prévention est insuffisamment financée de façon pérenne**, et passe surtout par des appels à projets, qui ne permettent pas aux acteurs de la prévention d'inscrire leurs actions dans la durée : il nous apparaît important qu'un processus d'« ondamisation » de la prévention puisse être mis en œuvre pour assurer une continuité et un renforcement des actions de prévention.

De plus, nous regrettons que **la question de l'accès aux soins soit peu considérée dans son ensemble**, sous prétexte de discussions ultérieures dans le cadre du prochain « Conseil national de la Refondation », dont les travaux commenceront en parallèle des débats parlementaires sur le présent PLFSS. De façon générale, les nombreux renvois aux conventionnements ultérieurs et aux travaux du CNR empêchent à ce jour une lisibilité sur les politiques publiques à venir, et donc une possibilité de réagir pleinement aux nouveautés annoncées dans le PLFSS.

Le Conseil national de la Refondation consacré à la santé, lancé le 3 octobre, portera essentiellement sur l'accès aux soins, d'après les déclarations du Président de la République et du Ministre de la Santé et de la Prévention. L'accent devrait être mis sur la lutte contre les « déserts médicaux » : nous serons vigilants à ce que cette problématique soit travaillée dans son ensemble, en visant une amélioration globale de la coordination des acteurs et le renforcement des dispositifs pluridisciplinaires permettant d'optimiser le temps médical (ce qui nécessite des moyens humains et financiers importants).

De même, une attention particulière devrait également être portée aux **inégalités sociales et territoriales de santé**, dans ce PLFSS 2023 et dans l'ensemble des politiques publiques.

Enfin, il nous semble surprenant, à l'heure où la crise écologique est si criante et impacte le quotidien de chacun et chacune, que le PLFSS ne propose pas de mesures d'investissements pour **accompagner les ESSMS, tous secteurs confondus, dans une meilleure prise en compte des recommandations de lutte contre le réchauffement climatique**. En effet, au-delà de la compensation des augmentations tarifaires et même de l'extension du bouclier tarifaire, la question d'un véritable plan d'aide à la transition énergétique apparaît cruciale.

¹ Augmentation de plus de 25 % des troubles dépressifs et anxieux à l'échelle mondiale depuis le début de la pandémie de Covid-19, selon le « Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous » de l'OMS.

En ce qui concerne l'autonomie, nous constatons un PLFSS qui manque d'ambitions contrairement à ce que pouvaient laisser supposer les déclarations du ministre des solidarités, Jean-Christophe Combe, et dans un contexte d'absence de loi autonomie. Finalement l'absence de loi n'est, en effet, pas compensée par de quelconques mesures ambitieuses dans le PLFSS. Ainsi, la priorité affichée semble bien de limiter l'endettement public, au détriment des politiques dédiées à l'autonomie et malgré un contexte de crise pour le secteur, accentué par l'inflation et la crise économique. Les quelques articles introduisant des mesures spécifiques au secteur de l'autonomie ne font état que de « mesurètes » masquées par le rappel de mesures antérieures, actées dans la LFSS 2022, ou faisant l'objet de chantiers depuis de nombreuses années (ex. : réforme de la tarification des SSIAD).

Concernant plus spécifiquement le handicap, aucune mesure spécifique n'apparaît dans le PLFSS 2023, les éventuelles décisions étant renvoyées à la prochaine Conférence nationale du handicap.

Concernant l'aide aux aidants, là encore, aucune mesure spécifique de soutien, les concernant, n'a été intégrée au projet de loi présenté. Cela tend à confirmer ce que nous déplorions, à savoir que les aidants se retrouvent une nouvelle fois la variable d'ajustement des politiques publiques.

Cette analyse critique se retrouve, résumée, à l'article 52, relatif au financement de la branche autonomie, dont les objectifs de dépense pour 2023 sont prévus en hausse de 5,3 %, soit très certainement en dessous de l'inflation.

Il reste que, dans son rapport de 2019, Dominique Libault estimait les besoins de financement public supplémentaires pour le secteur du grand-âge à 6,2 milliards d'euros en 2024 et à 9,2 milliards d'euros l'horizon 2030. Et, selon une étude mandatée par le Collectif Handicaps en 2020, les besoins de financement complémentaires pour assurer l'autonomie des personnes en situation de handicap s'élèveraient à 12 milliards d'euros.

Or, pour le moment, la trajectoire prévoit 9,1 milliards supplémentaires entre 2021 et 2026 pour l'ensemble de la branche autonomie.

Pour résumer, ce PLFSS propose des mesures intéressantes nécessitant néanmoins des ajustements (mise en place de consultations de prévention à « certains âges clé de la vie », mise en place d'un « temps dédié au lien social » pour les personnes recevant l'allocation personnalisée d'autonomie) malheureusement pas à la hauteur de l'exigence de soutien des acteurs sanitaires, médico sociaux et sociaux que l'absence d'une future loi Autonomie rend encore plus nécessaire.

Amendement n°1

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

Article N°4

Il est ajouté, en dessous du tableau de l'article 4, la mention suivante :

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

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

Il nous semble surprenant, à l'heure où la crise écologique est si criante et impacte le quotidien de chacun et chacune, que le PLFSS ne propose pas de mesures d'investissements pour accompagner les ESSMS, tous secteurs confondus, dans une meilleure prise en compte des recommandations de lutte contre le réchauffement climatique. En effet, au-delà de la compensation des augmentations tarifaires et même de l'extension du bouclier tarifaire, la question d'un véritable plan d'aide à la transition énergétique apparaît cruciale.

Amendement n°2

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

Article N°8

Le chapitre IV du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services est ainsi complété :

« Une partie des recettes alimente le Fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives, mentionné au L221-1-4 du Code de la Sécurité sociale ».

Exposé des motifs

Il est proposé de flécher une partie des recettes vers le Fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives de la CNAMTS, qui soutient des projets sur la prévention, l'accompagnement et les soins pour les personnes rencontrant des problématiques addictives.

Le tabac est responsable de 75 000 morts par an (données de 2019) et entraîne des dommages sanitaires importants, c'est pourquoi il est important de renforcer la participation de l'industrie du tabac pour financer la prévention, l'accompagnement et les soins des personnes qui rencontrent des problématiques de santé liées au tabac.

À noter que les prix du tabac augmentent moins vite que l'inflation et les salaires, ce qui entraîne un risque de banalisation de ce produit. Pourtant, comme le rappelle la note « Consommations, ventes et prix du tabac : une perspective européenne » de l'Observatoire français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), une mesure particulièrement efficace pour diminuer la consommation de tabac consiste à augmenter les prix de façon régulière et forte.

Ce renforcement des moyens du Fonds serait une concrétisation de l'engagement pris par le gouvernement de faire de la prévention une priorité.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement n°3

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

Article N°17 (art. actualisé)**(Amendement proposé par l'Uniopss et la Fédération Addiction)**

Après l'article L. 1411-6-1 du Code de la Santé publique, il est inséré un article L. 1411-6-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 1411-6-2. – Tous les adultes de dix-huit ans ou plus bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale qui comportent notamment des rendez-vous de prévention proposés aux assurés et bénéficiaires de l'AME à certains âges, tout au long de la vie adulte. Ces rendez-vous de prévention peuvent donner lieu à des consultations de prévention et à des séances d'information, d'éducation pour la santé, de promotion de la santé et de prévention. »

Après le deuxième alinéa de l'article L. 1411-6, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

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

Cette phrase est suivie d'un paragraphe ainsi rédigé :

« Tous les mineurs âgés de 12 à 17 ans bénéficient de mesures de prévention en santé mentale qui comportent notamment des rendez-vous de prévention proposés aux assurés à certains âges. Ces rendez-vous de prévention peuvent donner lieu à des consultations de prévention et à des séances d'information, d'éducation pour la santé mentale, de promotion de la santé mentale et de prévention. »

Exposé des motifs

Nous remarquons que la mention « rendez-vous de prévention » n'est pas définie, et qu'elle ne permet pas une compréhension précise des objectifs, des modalités et du contenu des séances proposées.

De plus, les tranches d'âges désignées dans l'exposé des motifs du PLFSS (20-25, 40-45 et 60-65) ne couvrent pas l'ensemble du parcours de vie adulte : on compte 15 ans entre la première tranche d'âges et la deuxième, et 15 ans entre la deuxième et la troisième. Nous déplorons que rien ne soit prévu dans ce texte pour les personnes entre 18 et 20 ans et pour les personnes de plus de 65 ans en termes de prévention : dans l'article 17 du PLFSS 2023, les tranches d'âge ne sont pas précisées (elles ne sont précisées que dans l'exposé des motifs : 20-25, 40-45, 60-65). Ces tranches d'âge ne couvrent pas tout le parcours de vie adulte, nous rajoutons donc la mention « tout au long de la vie adulte ».

À noter que, notamment chez les personnes en situation de précarité, des signes de vieillissement précoces peuvent apparaître : les besoins en matière de prévention peuvent donc intervenir de façon anticipée pour ces populations, par rapport aux tranches d'âges indiquées dans l'exposé des motifs de l'article 17.

De façon générale, la prévention doit intervenir précocement dans la vie pour être réellement efficace (bien avant 18 ans, au moment de l'enfance et de l'adolescence) et se poursuivre ensuite tout au long du parcours de vie. Il s'agit d'un levier essentiel pour lutter contre les inégalités en santé.

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

Nous déplorons, de plus, que la prévention en santé mentale soit très peu présente dans ce PLFSS 2023, malgré son importance depuis la crise de Covid-19². En effet, au cours de la première année de la pandémie de COVID-19, la prévalence mondiale de l'anxiété et de la dépression a augmenté massivement, à hauteur de 25 %. Ce phénomène est particulièrement important chez les jeunes en France, où 2 jeunes sur 3 estiment que la crise actuelle liée à la Covid-19 entraînera des conséquences négatives sur leur santé mentale (61 %, +11 points par rapport à la population générale).

Il est indiqué dans le dossier de presse que les contenus des séances de prévention et les modalités de mise en œuvre seront précisés réglementairement, ce qui ne permet pas d'assurer à ce stade qu'une attention particulière sera portée à la santé mentale, qui est pourtant une priorité annoncée par les pouvoirs publics.

Concernant la prévention des addictions : cette prévention est d'autant plus efficace qu'elle intervient tôt dans la vie, à l'adolescence et donc avant 20-25 ans. De plus, les problématiques addictives concernent également les adultes au-delà de 25 ans, il est donc nécessaire que la prévention des addictions se poursuive pour les rendez-vous des tranches d'âges 40-45 ans et 60-65 ans.

Les troubles psychiatriques et les addictions présentent une co-occurrence forte : 29 % des personnes souffrant d'un trouble psychiatrique présentent, au cours de leur vie, un problème d'alcool ou de drogues (soit deux fois plus que dans la population générale). Or, dans la moitié des cas, les troubles psychiatriques se déclarent avant l'âge de 14 ans : des consultations de prévention en santé mentale pour les jeunes de moins de 18 ans sont donc essentielles.

Éléments d'argumentation complémentaires élaborés par la Fédération Addiction :

La santé mentale nécessite un investissement financier à la hauteur de son ampleur.

La crise du COVID a révélé et amplifié le problème de santé mentale des Français. Quid des moyens financiers à mettre sur la table (notamment en termes de prévention) compte tenu des chiffres de plus en plus alarmants ?

- 13 millions de personnes sont touchées chaque année par un trouble psychique, dont 3 millions de personnes par des troubles psychiques sévères
- Les troubles psychiatriques touchent environ 27% de la population française
- 1 jeune sur 4 se dit souvent déprimé
- Estimation de la prévalence de la pathologie anxieuse des plus de 65 ans : entre 3 et 10 % ; la dépression est la pathologie mentale la plus fréquente chez le sujet âgé
- Au cours de la première année de la pandémie de COVID-19, la prévalence mondiale de l'anxiété et de la dépression a augmenté massivement : 25 %.
- 2 jeunes sur 3 estiment que la crise actuelle liée à la Covid-19 va avoir des conséquences négatives sur leur propre santé mentale (61 %, +11 points par rapport à l'ensemble des Français)

² Voir notamment : « Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes », Observatoire national du Suicide, 5^e rapport, septembre 2022, « Perceptions et représentations des maladies mentales : avec l'urgence sanitaire, l'urgence psychiatrique », Ipsos pour FondaMental, 2021 et « Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes », Drees, Études et résultats, juin 2022.

Sources (pour les données ci-dessus) : Santé Publique France ; Unicef ; OMS ; IPSOS.

Les tranches d'âges de référence et les actions de prévention qui y sont dédiées dans l'article présent se doivent d'être plus cohérentes avec la réalité des pratiques et des comportements :

- C'est entre 15 et 25 ans que les troubles psychiatriques apparaissent en grande majorité. Une autre période est charnière : entre 20 et 30 ans, au moment d'entrer dans la vie active
- 75 % des affections psychiatriques débutent avant l'âge de 25 ans et dans la moitié des cas les troubles mentaux commencent avant l'âge de 14 ans
- 32 % des 18-24 ans ont un trouble de santé mentale, +11 points par rapport à l'ensemble de la population.

Sources (pour les données ci-dessus) : Fondation FondaMental ; Fédération pour la Recherche sur le Cerveau.

Concernant les addictions :

- En France, le premier verre est consommé à 15,2 ans, la première cigarette à 14 ans et le premier joint à 15,3 ans
- Par ailleurs, la France fait partie des pays européens les plus concernés par la consommation abusive d'alcool et de drogues parmi les adolescents. En 2017, 25 % des jeunes de 17 ans déclarent fumer du tabac tous les jours, 16 % avoir connu au moins 3 épisodes d'alcoolisation ponctuelle intensive (consommation d'au moins 5 verres en une occasion) au cours des 30 derniers jours, et 7 % déclarent fumer régulièrement du cannabis (au moins 10 consommations au cours des 30 derniers jours)
- 60 % des collégiens ont déjà bu de l'alcool.

Sources (pour les données ci-dessus) : OFDT ; Rapport ESCAPAD (OFDT).

- L'usage régulier de cocaïne, freebase ou crack concernerait 1,6% des adultes français
- 21 % de résidents d'EHPAD prennent au moins 3 psychotropes (donc avec de forts risques de dépendance)
- L'âge moyen des personnes en situation d'addiction sans substance est de 38 ans.

Sources : Inserm ; Adosen santé.

- Plus les personnes vieillissent, moins elles consomment d'alcool (par rapport aux jeunes) en termes de quantité ; cependant la consommation est beaucoup plus régulière – donc le problème n'est pas « réglé » avec l'âge
- De fait, la prévention concernant les risques d'addictions ne peut se limiter aux seules populations jeunes, et nécessite donc un élargissement des tranches d'âge d'une part, et l'intégration de prévention auprès des 40-45 ans et 60-65 ans d'autre part.

Sources (pour les données ci-dessus) : Alcool Info Service

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement n°4

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

Article additionnel N°17bis (nouveau)**Allouer des financements spécifiques aux missions de prévention des CSAPA
(élaboré par la Fédération Addiction et soutenu par l'Uniopss)**

Après l'article 17 :

Insérer un article ainsi rédigé :

Le Code de la Sécurité sociale est ainsi modifié :

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

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

Exposé des motifs

En France, les études épidémiologiques montrent des niveaux de consommation de produits psychoactifs supérieurs à la moyenne des autres pays européens, en particulier chez les jeunes. Face à l'évolution inquiétante de ces consommations, le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 a fait du déploiement de l'intervention précoce et du renforcement des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) par les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) deux de ses priorités d'action. Cependant les CJC souffrent d'un déficit de moyens qui ne leur permet pas de mettre en œuvre de manière effective l'ensemble de leurs activités, notamment au niveau des actions de prévention. Il est donc nécessaire de permettre financièrement aux CJC de réaliser ces missions de façon pérenne.

En effet, actuellement, l'effectif moyen des CJC est inférieur à 1 équivalent temps plein, et leur budget annuel de fonctionnement est inférieur à 50 000 €. Bien que ces chiffres varient selon les territoires et les contextes d'intervention, ils demeurent insuffisants pour permettre aux CJC d'assurer l'ensemble des missions qui leur sont règlementairement attribuées. Beaucoup de CJC sont aujourd'hui contraintes de limiter leurs activités à la partie consultation, au détriment des actions hors-les-murs visant à « aller vers » les publics dans leur contexte de vie.

Afin de trouver des solutions, la Fédération Addiction a réalisé un état des lieux : 58 % des CJC de France y ont participé. Sur la base des estimations réalisées lors de cette étude, prenant en compte les besoins ainsi que l'existant, il apparaît que **l'investissement ONDAM n'excéderait pas 20 000 000 €** pour un déploiement effectif de la mission CJC sur l'ensemble du territoire. Ce chiffre inclut le renforcement des moyens de l'ensemble des CJC actuelles et la création ou le redéploiement d'environ 20 CJC sur des territoires aujourd'hui non couverts.

Cette évolution favorise une prise en charge plus précoce (et donc bien moins coûteuse) d'un plus grand nombre de jeunes. Elle constitue une réponse efficace et pertinente aux enjeux de santé publique que représentent aujourd'hui les conduites addictives, en particulier chez ce public.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement n°5

ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023

Article N°18

Le Code de la Sécurité sociale est ainsi modifié :

I. Après le 26° de l'article L. 160-14, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 27° Pour les frais liés au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, ainsi que pour les frais liés au dépistage des autres infections sexuellement transmissibles mentionnées à l'article L. 162-13-2.

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 ».

Exposé des motifs

La gratuité des dépistages d'un plus grand nombre d'infections sexuellement transmissibles pour les moins de 26 ans représente une avancée certaine ; cependant, il nous paraît important de proposer cette même gratuité pour les plus de 26 ans également, qui sont aussi exposés à ces IST.

Tel est l'objet du présent amendement.

ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023

Avis sur l'article N°19

Nous soutenons l'article 19 du PLFSS, qui facilitera l'accès à la contraception d'urgence pour toutes les femmes.

D'après une étude annuelle de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG)³, 223 300 IVG ont été enregistrées en France en 2021 (nombre comparable à l'année 2020). L'étude démontre que le recours décroît parmi les plus jeunes femmes, avec des disparités territoriales qui s'accroissent (variation du simple au triple selon les régions).

L'accès facilité à la contraception d'urgence pour toutes les femmes représente un levier essentiel pour les droits fondamentaux des femmes.

³ https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/er1241_1.pdf

ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023

Avis sur l'article N°20

Nous soutenons la proposition de l'article 20 d'élargir le nombre de professionnels de santé (pharmaciens, infirmiers, sages-femmes) habilités à prescrire les vaccins du calendrier des vaccinations aux personnes pour lesquelles ces vaccinations sont recommandées.

Cette mesure permet de renforcer la prévention et la promotion de la santé publique, et la crise sanitaire de la Covid-19 a démontré l'efficacité d'une telle mesure.

Amendement n°6

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

Article additionnel N°20bis**Pour une protection maladie réellement universelle - Inclure l'Aide médicale d'État (AME) dans le régime général de la Sécurité sociale (élaboré par Médecins du Monde et soutenu par l'Uniopss)**

Après l'article n°20, insérer l'article suivant :

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

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

- a. Au premier alinéa, les mots « et régulière » sont supprimés
- b. Le troisième alinéa est supprimé

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

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

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

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

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

- a. Le mot « régularité » est remplacé par « stabilité de la résidence »
- b. La phrase « et qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 ainsi qu'aux demandeurs d'asile majeurs qui ne relèvent pas du régime général d'assurance maladie sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L. 251-2. » est supprimée
- c. Avant « Une dotation financière » est insérée la phrase « Cette prise en charge couvre les frais définis aux article L.160-8 et L.160-9 CSS ainsi que le forfait journalier institué par l'article L. 174-4 du même code. »

Exposé des motifs

L'accès effectif aux soins des personnes en situation de précarité est entravé par **un phénomène persistant de non-recours et de ruptures de droit à la couverture maladie**. La complexité des démarches administratives et la coexistence de plusieurs dispositifs (Aide Médicale d'État (AME), régime général de la sécurité sociale, Couverture complémentaire santé (C2S)) ont des conséquences négatives sur les plans humains, administratifs, économiques et de santé publique, aggravées par la réforme des droits de santé adoptée fin 2019. Les personnes en précarité qui ont des droits potentiels à l'AME sont confrontées de multiples obstacles pour l'ouverture et le maintien de leur droit. **Le taux de non recours à l'AME est de 49 %⁴**. L'accès à la prévention et aux soins de ces personnes est difficile, alors mêmes qu'elles cumulent de nombreux facteurs de vulnérabilité et d'exposition aux risques de

⁴<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/245-le-recours-a-l-aide-medicale-de-l-État-des-personnes-en-situation-irreguliere-en-france-enquete-premiers-pas.pdf>

santé. L'ensemble de ces difficultés sont exacerbées depuis la crise Covid 19. Les droits et les barrières financières à l'accès aux soins sont reconnus depuis longtemps comme des déterminants de santé à part entière⁵. Il faut donc **rendre plus simple le dispositif d'accès à la couverture maladie et à la part complémentaire** pour garantir son effectivité.

De nombreuses institutions recommandent depuis plusieurs années d'inclure les bénéficiaires de l'AME dans le régime général de l'Assurance maladie, dont l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale de finances en 2010⁶ [3], le Défenseur des droits en 2014 et 2021⁷[4] et l'Académie nationale de médecine en 2017⁸[5]. Cette réforme ne serait pas fondamentalement nouvelle : **jusqu'en 1993, l'accès à l'Assurance maladie n'était en effet subordonné à aucune condition de régularité du séjour**⁹[6]. Ce n'est qu'à cette date qu'a été instaurée une condition de régularité de séjour pour être affilié à la Sécurité sociale.

Cette réforme permettrait une grande simplification administrative œuvrant pour un accès facilité de toutes et tous aux droits, à la prévention et aux soins. Elle mettrait fin aux ruptures de protection maladie lors du passage d'un dispositif à un autre (C2S/AME) et permettrait aux caisses d'assurance maladie de renouer avec leurs missions d'accueil, d'information et de prévention, et non à l'analyse devenue hypercomplexe et chronophage des situations administratives au regard du séjour. Ce serait une mesure de santé publique majeure améliorant la prévention et la promotion de la santé ainsi que l'accès aux soins des étrangers en situation administrative précaire, **avec un bénéfice pour la santé de l'ensemble de la population**. Elle constituerait également un avantage pour les finances publiques en favorisant un accès aux soins moins tardif et en supprimant le coût de gestion du dispositif spécifique de l'AME. Le présent amendement propose en conséquence de supprimer la condition de régularité du séjour pour être au régime général de la sécurité sociale.

Tel est l'objet du présent amendement.

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

⁶ Inspection générale des Affaires Sociales / Inspection Générale des finances – *Rapport de décembre 2010*, Alain Cordier et Frédéric Salas : *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'Aide Médicale de l'État*.

⁷ Défenseur des droits : *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME*, Rapport remis au Premier ministre, 2014, 45 pages.

⁸ Académie nationale de médecine : <http://www.academie-medicine.fr/wp-content/uploads/2017/06/rapport-Pr%C3%A9carit%C3%A9-pauvret%C3%A9-et-sant%C3%A9-version-21-juin-2017-apr%C3%A9s-vote.pdf>

⁹ Loi du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration. Voir Défenseur des droits : « Les droits fondamentaux des étrangers en France », mai 2016, p.190.

Amendement n°7

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

Article N°21

À l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale, après le 28° alinéa proposé dans le PLFSS 2023, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Cette mesure concerne aussi bien les assurés sociaux que les bénéficiaires de l'AME. »

Exposé des motifs

L'exonération de la participation aux frais relatifs aux transports urgents préhospitaliers est proposée pour les assurés sociaux, et nous souhaitons l'élargir également aux bénéficiaires de l'AME par souci d'équité, d'autant plus que les bénéficiaires de l'AME sont dans des situations de grande précarité et que cette exonération participerait, sans aucun doute, à diminuer le non recours aux soins en cas de besoin.

Plus généralement, nous soutenons cette mesure d'exonération qui facilitera le recours aux transports urgents préhospitaliers pour les personnes en situation de difficultés financières lorsque cela est nécessaire, mais nous regrettons que cette mesure entraîne une hausse du ticket modérateur sur les transports programmés : cela pourrait nuire aux personnes ne disposant pas d'une mutuelle qui prendrait en charge cette hausse, ces mêmes personnes étant déjà souvent en situation de précarité, et souvent situées dans des zones sous-dotées où les transports médicaux sont d'autant plus nécessaires pour favoriser l'accès aux soins.

Tel est l'objet du présent amendement.

ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023

Avis sur l'article N°23

Nous souhaitons attirer l'attention sur des points de vigilance concernant l'article 23, afin que cette mesure n'entraîne pas des difficultés supplémentaires dans les parcours des professionnels de santé, et qu'elle puisse participer à résorber les inégalités territoriales d'accès aux soins :

Il convient de prêter attention à ce que cette quatrième année d'internat pour les médecins généralistes, si elle est votée, soit suffisamment rémunérée et qu'elle conserve une dimension pédagogique (puisque intégrée dans le cycle de formation) : nous craignons que, puisque le nombre de maîtres de stages est déjà insuffisant, les internes en médecine générale contraints d'exercer dans une zone sous-dotée se retrouvent sans encadrement suffisant, alors même que la demande est plus forte que l'offre en santé dans ces territoires.

A noter que les médecins généralistes ne sont pas les seuls à manquer dans les zones sous-dotées, mais que l'ensemble des professionnels de santé (médecins spécialistes également) sont concernés par cette problématique, et ce dans tous les secteurs : social, ville, sanitaire, médico-social...

Cet article a le mérite d'ouvrir le débat sur la problématique de l'accès aux soins, qui entraîne de fortes inégalités territoriales et sociales. Il nous semble primordial de rappeler que, pour résorber ces inégalités, une réponse forte et globale doit être favorisée par les pouvoirs publics. Comme le rappelait une note récente élaborée par le think tank Terra Nova¹⁰, « *une approche plus complète de la problématique d'installation indique des pistes prometteuses* » : une des solutions serait le développement et le renforcement des formes collectives de travail qui attirent de plus en plus les jeunes médecins (maisons pluriprofessionnelles de santé, dispositif de coordination avec les professionnels paramédicaux...), ainsi qu'un investissement massif dans la santé, l'enseignement supérieur et la filière ambulatoire pour permettre de résorber les difficultés d'accès aux soins.

¹⁰ « Une « refondation » de l'accès aux soins ? », Terra Nova, septembre 2022.

Amendement n°8

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

Article additionnel N°28bis (nouveau)**Financer les expérimentations en santé Haltes Soins Addictions (HSA)
à la suite de l'arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation
du cahier des charges nationales relatif aux HAS
(élaboré par la Fédération Addiction et soutenu par l'Uniopss)**

Après l'article 28 :

Insérer un article ainsi rédigé :

« Le Code de la Sécurité sociale est ainsi modifié :

À l'article L162-31-1 :

1° Au premier alinéa du VI., les mots « peut être assuré » est remplacé par « est assuré »

2° Au deuxième alinéa du VI., la première phrase est complétée par une phrase ainsi rédigée :

« Le montant des ressources de ce fonds peut également être assuré chaque année sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social spécifique. »

Tel est l'objet du présent amendement.

Exposé des motifs

Nous déplorons que ce projet de financement de la loi de la sécurité sociale 2023 ne comporte aucune dotation permettant **la mise en place effective de l'expérimentation des nouveaux dispositifs de santé Haltes « Soins Addictions » (HSA)**, entérinés par l'arrêté du 26 janvier 2022. En effet, le Code de la sécurité sociale ne permet pas, à date, d'attribuer une dotation financière systématique aux projets d'expérimentation en santé. Sans cette dotation, ces projets restent dépendants de décisions juridiques ponctuelles, et **ne peuvent donc voir le jour avant des mois, voire des années.**

En permettant d'**assurer un fonds stable aux expérimentations en santé**, la modification du Code de la sécurité sociale est synonyme d'une volonté politique forte quant à la modernisation de notre système de santé. En effet, cette modification permet de mettre en valeur les innovations en santé dans le PLFSS, mais aussi dans les dotations financières allouées aux projets par l'ONDAM.

Concernant le financement des HSA : l'arrêté du 26 janvier 2022 indique que le financement d'une HSA est assuré sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social spécifique. Bien que des cofinancements peuvent provenir des collectivités territoriales (notamment pour les locaux et leur maintenance, le matériel et l'équipement), le coût des HSA demeure élevé, et nécessite donc un soutien financier étatique fort. Sur la base du rapport de l'INSERM pour la MILDECA

(« *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique* », 2021), nous estimons le coût de la création de 7 HSA pour les territoires en grand besoin (dont 4 à Paris), ainsi que la continuation du fonctionnement des 2 HSA existantes, à environ 9 504 013 € pour l'année 2023. En effet, la mise en place (équipement et aménagements) d'un dispositif intégré HSA dans un tissu urbain dense s'élève à environ 1 060 000 €, avec un coût de fonctionnement annuel moyen de 2 528 013 €. Dans un tissu urbain moins dense, la même mise en place s'élève à environ 546 000 €, avec un coût de fonctionnement annuel moyen de 1 098 000 €. Des dispositifs mobiles sont aussi prévus par l'arrêté du 26 janvier 2022 pour les tissus urbains moins denses, ce qui permettrait de réduire ces coûts. Ces dispositifs mobiles s'incarnent à travers des camions spécialisés qui proposent uniquement des postes de consommation, dans une démarche d'« aller vers » les usagers.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement n°9

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

Article N°32**Repréciser les conditions de reprise des excédents enregistrés
par les établissements dans le cadre d'un CPOM**

L'article 32 est ainsi modifié.

Au 1° b) après les mots « conditions d'exploitation » il est rajouté la référence suivante :

« Il revient aux autorités de tarification, lors de la négociation de renouvellement, d'apporter la preuve de l'inadéquation du montant des excédents réalisés pendant le CPOM avec les conditions d'exploitation de l'établissement et de justifier les raisons de la reprise de ces parts d'excédents enregistrés dans le CPOM. Ces conditions d'exploitations seront précisées par décret. »

Exposé des motifs

Selon l'étude d'impact du projet de loi, l'objectif de la disposition 1° b est de « limiter dans le temps l'usage des excédents sur les financements publics afin qu'ils soient effectivement dépensés. Ce qui nécessite de nuancer le principe de libre affectation des résultats par le gestionnaire. La limitation dans le temps est calée sur la durée du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens... ». Cette disposition telle que rédigée dans le PLFSS nous paraît éloignée de l'interprétation qui en a été faite dans l'annexe 9 et relativement inutile car dans la pratique les autorités de tarification ont déjà la possibilité de revenir sur les affectations de résultats et de rejeter certaines dépenses.

Néanmoins la disposition reste assez confuse par rapport à l'implication de la notion de « conditions d'exploitation » car elle a été mentionnée sans plus de précisions et pourrait donner une marge de manœuvre trop importante aux autorités de tarification en fonction de l'interprétation qu'elles pourraient en faire.

Il semble donc cohérent d'attribuer aux autorités de tarification la charge de prouver l'inadéquation des du montant des excédents réalisés pendant le CPOM avec les conditions d'exploitations et de justifier les éventuelles reprises des excédents réalisés dans le cadre du CPOM.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement n°10

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

Article N°32bis**(Soutenu par APF France handicap)**

Après l'article 32, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant la possibilité d'augmenter la prestation de compensation de handicap dans un contexte de forte inflation.

Exposé des motifs

La prestation de compensation du handicap (PCH) vise à prendre en charge les dépenses liées à la perte d'autonomie. Or, celle-ci n'a pas fait l'objet d'une revalorisation depuis sa création en 2006. Elle était déjà loin d'être suffisante pour couvrir les coûts des prestations à l'époque ; elle l'est encore moins dans le contexte inflationniste actuel.

Ces derniers mois, les prix des équipements et des interventions pour l'adaptation des logements et véhicules des personnes en situation de handicap n'ont cessé d'augmenter : sans augmentation de la PCH, un reste à charge trop important pèse sur les bénéficiaires.

Cet amendement d'appel vise à attirer l'attention sur la situation financière dégradée des personnes en situation de handicap qui, du fait de prestations insuffisantes et inadaptées, renoncent à s'équiper et adapter leur environnement à leur handicap, au détriment de leur autonomie.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement n°11

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

Article additionnel N°32ter (nouveau)**Repréciser les conditions de signature d'un CPOM unique dans le cadre de compétences de tarification et de contrôle conjointes**

Après l'article 32, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 313-12-2 du CASF est ainsi modifié :

Au premier alinéa, après les mots « font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans les conditions prévues à l'article L. 313-11. » il est rajouté la référence suivante : « En cas de compétence conjointe, il ne peut être conclu qu'un seul contrat au sens du présent article pour les établissements et services concernés. »

Exposé des motifs

Nous observons depuis la mise en œuvre de l'article 75 de la LFSS 2016, de nombreuses pratiques mettant à mal l'intérêt même de la contractualisation.

Il en est par exemple, des CPOM que doivent conclure les établissements et services relevant de compétence conjointe du directeur général de l'agence régionale de santé et du président du conseil départemental. Trop souvent, des établissements et services se trouvent dans l'obligation de signer des contrats séparés en fonction de l'autorité tarifaire concernée. Un seul et même établissement ou service pouvant ainsi émarger sur deux CPOM distincts présentant chacun leurs propres objectifs, documents budgétaires et cibles d'activité.

L'article L.313-12-2 dans sa rédaction actuelle laisse encore trop de place à l'interprétation et plusieurs autorités s'en saisissent pour refuser de conclure des contrats de compétence conjointe. Les établissements particulièrement visés par ce type de pratiques étant les Foyer d'Accueil Médicalisés (FAM) et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement n°12

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

Article additionnel N°33bis**Prévoir le chiffrage du coût à la charge des établissements dans le cadre de la procédure d'agrément des accords applicables aux salariés des Établissements et Services Sociaux et Médico Sociaux privés à but non lucratif (ESSMS)**

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 314-6 du CASF est ainsi modifié.

Après le premier alinéa, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'agrément d'une convention ou d'un accord fait l'objet d'un financement dédié, ce rapport précise le coût à la charge des établissements et services et le montant du financement dédié. Ce coût tient compte de l'ensemble des charges sociales et fiscales afférentes à la fraction de rémunération correspondant à la revalorisation. Les documents budgétaires, notamment le modèle de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses mentionné à l'article L. 314-7-1, doivent permettre de déterminer le coût de la revalorisation à la charge de l'établissement ou du service. »

Exposé des motifs

En cohérence avec la promesse faite par les pouvoirs publics du financement à l'euro près des revalorisations salariales de certaines catégories de professionnels des ESSMS, Il est proposé de saisir l'occasion de clarifier et d'objectiver les financements qui ont été attribués aux différents établissements et services dans le cadre des revalorisations salariales des professionnels.

En effet, un écart existe entre les financements attribués aux établissements et services dans le cadre des revalorisations et le coût réel de celles-ci. À ce jour aucune réelle mesure n'a été prise afin d'assurer un financement à hauteur de ce coût et les établissements et services sont conventionnellement tenus de verser les revalorisations aux salariés concernés même sans compensation complète de la part des pouvoirs publics, au risque pour certains de se retrouver dans des situations qui soumettent à rude épreuve l'équilibre financier et la survie de leurs structures.

Il existe un rapport relatif aux agréments des conventions et accords applicables aux salariés des ESSMS privés à but non lucratif qui recense sur l'année l'ensemble des accords nationaux et locaux instruits dans le cadre de la procédure d'agrément prévue par l'article L.314-6 du Code de l'action sociale et des familles. Pour autant, ce rapport ne fournit pas de données comparatives des besoins des établissements avec les financements dédiés dans le cadre de conventions ou d'accords.

Le défaut de financement des écarts recensés, relève probablement d'un manque de visibilité de l'État sur le montant de ces écarts. Certaines initiatives locales ont été prises par des ARS pour chiffrer les déficits, mais sans remettre en cause la démarche des ARS, il conviendrait d'en élargir le périmètre et d'harmoniser la méthode au niveau national. L'outil qui semble être le plus approprié pour y parvenir est l'État Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD) car il a pour rôle d'évaluer la réalité des dépenses par rapport aux prévisions, et analyse la solidité financière des établissements. Cet outil favorisera une objectivation aisée de la suffisance ou de l'insuffisance des financements dédiés.

Le présent amendement vise à chiffrer les écarts sur une base nationale uniforme entre les financements attribués aux établissements dans le cadre des revalorisations salariales et les besoins réels de ceux-ci.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement n°13

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

Article additionnel N°33ter**Mettre en place un outil de comparaison des financements des revalorisations salariales avec le besoin réel des établissements concernés**

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 314-2 du CASF est ainsi modifié.

Au 1° du I, après les mots « par les forfaits mentionnés aux 2° et 3° du présent I », insérer les mots ainsi rédigés :

« Le modèle de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses mentionné à l'article L. 314-7-1 permet de déterminer le coût de la revalorisation à la charge de l'établissement ou du service. Ce coût tient compte de l'ensemble des charges sociales et fiscales afférentes à la fraction de la rémunération correspondant à la revalorisation. Ce forfait global inclut un financement d'un montant égal au coût de la revalorisation à la charge de l'établissement ou du service. »

Exposé des motifs

Depuis les premières annonces en 2020 des mesures de revalorisation salariale des professionnels des ESSMS de nombreuses dispositions ont été prises pour financer ces mesures. Néanmoins le constat est le même depuis les premiers financements reçus par les gestionnaires dans le cadre du SEGUR : les financements attribués ne correspondent pas aux besoins des établissements concernés. Les promesses de financement à l'euro près des revalorisations salariales de certaines catégories de professionnels des ESSMS n'ont pas été tenues.

Dans son article 48, la LFSS 2021 modifiait l'article L. 314-2 du CASF, afin d'introduire la possibilité de financement des mesures de revalorisation salariale par le forfait global soins pour les établissements et services mentionnés au I et au II de l'article L.313-12. L'exposé des motifs dans le PLFSS 2021 relatif à l'article 48 de la LFSS 2021 précisait concernant les EHPAD que « les revalorisations salariales seront financées en intégralité par la CNSA, via la section « soins », de manière à éviter l'augmentation du reste-à-charge des résidents ». Cette disposition n'a pas été prise en compte car à ce jour des écarts sont toujours recensés entre les financements attribués aux établissements dans le cadre des revalorisations et les besoins réels de ceux-ci. À ce jour aucune réelle mesure n'a été prise afin de combler ce déficit et les établissements sont légalement tenus de verser les primes aux salariés concernés même sans compensation complète de la part des pouvoirs publics, au risque pour certains de se retrouver dans des situations qui soumettent à rude épreuve l'équilibre financier et la survie de leurs structures.

Certaines initiatives locales ont été prises par des ARS pour chiffrer les déficits, mais sans remettre en cause la démarche des ARS, il conviendrait d'en élargir le périmètre et d'harmoniser la méthode au niveau national. L'outil qui semble être le plus approprié pour y parvenir est l'État Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD) car il a pour rôle d'évaluer la réalité des dépenses par rapport aux prévisions, et analyse la solidité financière des établissements. Cet outil favorisera une objectivation aisée de la suffisance ou de l'insuffisance des financements dédiés.

Le présent amendement vise à faire respecter l'intention première du législateur dans le PLFSS 2021 par rapport au financement des revalorisations salariales en intégralité par la CNSA et à proposer un outil de comparaison des financements des revalorisations salariales avec le besoin réel des établissements concernés.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement n°14

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

Article additionnel N°33quater**Instaurer un observatoire national de l'autonomie
afin de mieux connaître les besoins pour adapter l'offre
(Amendement identique soutenu par le Collectif Handicaps)**

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

Exposé des motifs

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

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

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

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

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement n°15

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

Article N°34

Aux alinéas 1 et 10, substituer aux mots : « au lien social », les mots : « à la participation à la vie sociale ».

Exposé des motifs

Cet article prévoit de consacrer un temps dédié à « l'accompagnement au lien social » pour les bénéficiaires de l'APA.

Dans la perspective d'une politique de soutien à l'autonomie sans barrière d'âge et afin de préciser le champ de ce nouveau droit, cet amendement vise à en changer l'intitulé, en le calquant sur le droit ouvert aux bénéficiaires de la PCH.

Lors de l'évaluation des besoins des potentiels bénéficiaires de la PCH, l'équipe pluridisciplinaire identifie les besoins d'aide humaine pour « la participation à la vie sociale ». La notion de participation à la vie sociale repose ici sur les besoins d'aide humaine pour se déplacer à l'extérieur et pour communiquer afin d'accéder notamment aux loisirs, à la culture, à la vie associative, etc.

Cet amendement vise également à connaître les intentions du Gouvernement par la formulation « accompagnement au lien social » et s'il s'agit bien du même droit que pour les bénéficiaires de la PCH « aide humaine ». Si tel n'est pas le cas, il est impératif de savoir pourquoi les bénéficiaires de la PCH n'auraient pas accès à cet accompagnement.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement n°16

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

Article additionnel N°34bis**Abroger la barrière d'âge pour bénéficier
de la prestation de compensation du handicap
(Amendement identique soutenu par le Collectif Handicaps)**

Après l'article 34, 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* ».

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement n°17

ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023

Article additionnel N°34ter

Déterminer les contours d'une prestation universelle d'autonomie

(Amendement identique soutenu par le Collectif Handicaps)

Après l'article 34, 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 financés 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.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement n°18

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

Article N°36**Réforme du complément de libre choix du mode de garde « emploi direct »**

I-Après le I-1°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les alinéas 5 à 11 du I sont supprimés. »

Au b) du 4° portant sur le IV de l'article L531-5 du code de la sécurité sociale, sont insérés les termes suivants après « les parents isolés » :

« et pour les parents bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L541-1 du code de la sécurité sociale. »

II- 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 réforme du complément de libre choix du mode de garde « emploi direct » repose sur des objectifs d'accessibilité et d'équité, en harmonisant les restes à charge et les taux d'effort assumés par les familles, qu'elles recourent à l'accueil individuel ou à une crèche financée par la prestation de service unique.

Cette réforme est présentée comme l'une des étapes de la construction d'un nouveau service public dédié à l'accueil du jeune enfant. Si l'évolution des modalités de calcul du CMG semble aller dans le sens d'un renforcement de l'accessibilité de l'accueil individuel, les modifications de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale proposées par l'article 36 semblent incomplètes au regard des objectifs poursuivis. En effet, le versement de ce complément reste conditionné à l'exercice par le ménage ou la personne d'une activité professionnelle. Des dérogations à cette condition existent, mais les familles les plus exclues et les plus éloignées de l'emploi ne peuvent bénéficier du CMG, alors même que l'absence de solution d'accueil pour l'enfant constitue l'un des principaux freins à l'emploi.

La réforme prévoit également l'extension du CMG jusqu'aux 12 ans de l'enfant pour les familles monoparentales afin de mieux prendre en compte leurs besoins en matière de conciliation des différents temps de vie et de répit parental. Les parents dont les enfants en situation de handicap, souvent scolarisés à temps partiel, sont confrontés à des difficultés similaires.

Cet amendement vise à compléter la réforme proposée en retirant les conditions d'accès restrictives au CMG « emploi direct », et en étendant ce complément jusqu'aux 12 ans de l'enfant pour les parents d'enfants en situation de handicap.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement n°19

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

Article N°36 (nouveau)**(Amendement proposé par l'Uniopss et l'Union nationale ADMR)**

1° Les alinéas 22 à 34 de l'article 36 deviennent les alinéas 47 à 59

2° Les nouveaux alinéas 22 à 46 sont ainsi rédigés :

22 II. I. – L'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

23 1° Les dispositions des alinéas 2 à 6 sont remplacées par les dispositions suivantes :

24 « Le montant versé est calculé en fonction d'un barème qui prend en considération :

25 « 1° Les ressources du ménage dans la limite d'un plancher et d'un plafond

26 « 2° Le nombre d'enfants à charge au sens de l'article L. 512-2 et, s'il y a lieu, la charge d'un enfant ouvrant droit à la prestation prévue à l'article L. 541-1 ;

27 « 3° Le nombre d'heures de garde rémunérées ;

28 « 4° Le cas échéant, les périodes de garde ;

29 2° Deux nouveaux alinéas sont insérés à la suite du sixième alinéa et ainsi rédigés :

30 « L'aide est calculée par ménage. »

31 « Son barème est revalorisé chaque année à la date mentionnée à l'article L. 551 1 du présent code, dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

32 3° Le septième alinéa devient le neuvième alinéa et ses dispositions sont remplacées par les dispositions suivantes :

33 « Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 531-1, le complément de libre choix du mode de garde est également versé pour la garde d'un enfant ayant un âge supérieur à l'âge mentionné à cet article mais inférieur à un âge limite. Cet âge limite peut être fixé à une valeur supérieure pour les parents isolés. »

34 4° Le huitième alinéa est supprimé.

35 5° Un nouvel alinéa est ajouté, devenant le dixième alinéa, ainsi rédigé :

36 « En cas de séparation, lorsque les parents exercent en commun ou conjointement l'autorité parentale, un décret fixe les modalités et conditions du bénéfice par ceux-ci du complément de libre choix du mode de garde. »

37 5° Les alinéas 1 à 9 sont regroupés sous dans un I.

38 6° Le dixième alinéa devient un II. Il est complété par les dispositions suivantes :

39 « Le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :

40 1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;

41 2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles [L. 821-1](#) et [L. 821-2](#) ;

42 3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule ;

43 4° Lorsque le ménage ou la personne seule bénéficie au titre d'un enfant à charge de la prestation prévue à l'article [L. 541-1](#).

44 Pour la garde d'un enfant qui répond à la condition d'âge mentionnée au IV de l'article [L. 531-5](#), les montants versés sont réduits dans les conditions prévues au même IV.

45 L'aide n'est versée que si l'enfant est gardé un minimum d'heures au cours du mois, dans des conditions définies par décret.

46 L'aide est versée par l'organisme débiteur de prestations familiales.

Exposé des motifs

L'article 36 prévoit une réforme du CMG « emploi direct », consistant (1) à réformer son mode de calcul, (2) à l'étendre aux enfants de 6 à 12 ans à la charge des familles monoparentales, et (3) à le partager en cas de résidence alternée de l'enfant. Toutefois, le texte ne propose pas de réforme du CMG « structure », créant ainsi une différence significative entre le CMG versé au ménage ou à la personne pour l'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail (garde d'enfant à domicile en emploi direct) pour assurer la garde d'un enfant et le CMG versé au ménage ou à la personne recourant à une association ou à une entreprise assurant cette activité. Cela va induire une iniquité entre ces deux modes d'intervention (le mode mandataire et le mode prestataire) et une incitation, pour les ménages ou les personnes, à recourir au mode d'intervention mandataire.

Cet amendement vise à remédier à cette iniquité, en proposant des mesures de réforme du CMG « structure » similaires à celles proposées pour le CMG « emploi direct ». Il propose, pour les situations où le ménage ou la personne recourt à une association ou à une entreprise assurant la garde d'un enfant : de supprimer la règle d'un plafonnement du CMG à 85 % de la dépense du parent ; de ne plus différencier la formule de calcul du CMG selon l'âge des enfants ; de prendre en compte pour le calcul du CMG le bénéfice par le foyer de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ; d'étendre le CMG « structure » aux enfants âgés de 6 à 12 ans à la charge des familles monoparentales et de permettre le partage de celui-ci en cas de résidence alternée de l'enfant à charge.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement n°20

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

Article additionnel N°37bis (nouveau)**Prévenir les conséquences sanitaires et sociales
des expulsions locatives des personnes malades
(élaboré par la Fédération Santé Habitat et soutenu par l'Uniopss)**

Après l'article 37 insérer l'article suivant :

« Toute personne destinataire d'un commandement de payer peut, à sa demande, être examinée par un médecin désigné par le Directeur général de l'Agence régionale de santé. En cas de prolongation de la procédure d'expulsion, elle peut demander à être examinée une seconde fois. Le médecin se prononce sur les impacts sanitaires de l'expulsion sur le ménage. Sauf en cas de circonstance insurmontable, les diligences incombant aux huissiers de justice en application du présent alinéa doivent intervenir au plus tard dans un délai de trois jours à compter du moment où la personne a formulé la demande. Sauf décision contraire de la personne recevant le commandement de payer, l'examen médical doit être pratiqué afin de déterminer l'accompagnement médico psycho-social en vue de prévenir l'expulsion locative.

En l'absence de demande de la personne recevant le commandement de payer, un examen médical est de droit si un membre de sa famille le demande ; le médecin est désigné par le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire.

Le médecin examine sans délai la personne recevant un commandement de payer. Le certificat médical est versé au dossier transmis à la commission de Coordination des Actions de Prévention des Expulsions locatives ».

Exposé des motifs

La stratégie interministérielle de prévention des expulsions locatives prévoit une articulation entre les problématiques de logement et de santé.

Chaque année, plus de 125 000 procédures d'expulsions locatives sont prononcées dont 15 000 sont organisées avec le concours de la force publique. Parmi les ménages expulsés, certains membres sont atteints d'une pathologie et viennent remplir les listes des demandes d'admission en hébergement pour les personnes malades. La procédure d'expulsion locative ainsi que ses mécanismes de prévention, **ne prennent pas en compte la pathologie psychique ou chronique**, qui peut d'ailleurs constituer un facteur déclenchant l'expulsion locative pour des loyers impayés ou des troubles de jouissance.

Pour organiser la prise en compte des problématiques de santé, il est proposé d'inscrire dans la loi une mesure visant la possibilité d'obtenir un RDV avec un médecin pour **évaluer les conséquences de l'expulsion locative sur la situation de santé**. Cette information sera transmise à la Commission de coordination des acteurs de la prévention des expulsions (CCAPEX) pour proposer, le cas échéant, une intervention d'une équipe médico-psycho-sociale d'appartenance de coordination thérapeutique la plus proche au domicile de la personne.

Tel est l'objet de cet amendement.

Amendement n°21

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

Article additionnel N°37ter (nouveau)**Mettre en cohérence les acteurs du parcours
des enfants malades en situation de précarité
(élaboré par la Fédération Santé Habitat et soutenu par l'Uniopss)**

Article L2111-1 du Code de la Santé publique :

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« 6° La réalisation de demandes d'admission en appartement de coordination thérapeutique spécifiques « pédiatriques » ou disposant d'une compétence sur cette activité, mentionné au 9° du L312-1 du CASF dès lors qu'une problématique de logement et un besoin d'accompagnement médico-psycho social est constatée. »

Exposé des motifs

Amendement de cohérence pour améliorer la prise en charge des parcours de santé des enfants en situation de grande précarité en articulant les compétences des PMI et celles des équipes pluridisciplinaires des Appartements de coordination thérapeutique.

Tel est l'objet de cet amendement.

Amendement n°22

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

Article additionnel N°37quater (nouveau)**Exonération de la procédure d'appel à projet pour
les Appartements de coordination thérapeutique
(élaboré par la Fédération Santé Habitat et soutenu par l'Uniopss)**

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé

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

1° Après le onzième alinéa de l'article L313-1-1 est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 6° Les projets d'extension de capacité des appartements de coordination thérapeutique mentionnés au 9° du L312-1. »

Exposé des motifs

Le parc d'appartements de coordination thérapeutique est composé de 2 300 places pour une centaine d'organisations gestionnaires (moyenne de 20 places par établissement).

Chaque année sont formulées plus de 10 000 demandes d'admission. Chaque organisation gestionnaire est située sur un territoire qui lui est attribué par l'ARS. Pour mieux répondre à cette forte demande, la Stratégie de lutte contre la précarité a prévu, en lien avec les Projets régionaux de santé, de mieux doter chaque organisation existante. La règle des 30 % d'extension, hors appel à projet, est incompatible avec ces petites structures.

Les ARS pour ouvrir parfois un très petit nombre place (3 ou 4) doivent recourir à cette procédure lourde lorsque l'association gestionnaire a déjà atteint ses 30 %.

Le présent amendement propose d'ajouter à la liste des établissements exonérés de la procédure d'appel à projet les appartements de coordination thérapeutique au même titre que les CADA.

Tel est l'objet de cet amendement.

ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023

Avis sur l'article N°43

Concernant les modalités de délivrance d'arrêts de travail par téléconsultation, nous sommes conscients de l'inquiétude liée aux fraudes. Cependant, nous souhaitons souligner que la téléconsultation représente parfois un levier pour améliorer l'accès aux soins des personnes pour qui la mobilité est compliquée (et donc de lutter contre les inégalités territoriales, sociales et de santé), et pour l'ensemble de la population puisqu'il est difficile de trouver un rendez-vous auprès de nombreux professionnels de santé à ce jour.

De plus, rappelons, à l'instar de l'Assurance maladie en 2021, que **6 millions de personnes ne bénéficient pas de médecin traitant**, dont 10 % souffrent d'une affection de longue durée.

L'Uniopss soutient également les articles additionnels et amendements suivants

De l'association Addictions France :

- "Pallier la « baisse » des prix de l'alcool dans un contexte d'inflation"
- "Agir sur l'alcoolisation des jeunes"
- "Faire contribuer les entreprises génératrices d'addictions au financement de la prévention"
- "Harmonisation de la fiscalité sur les alcools selon les données économiques et scientifiques"
- "Se conformer à la réforme liée à l'évaluation de la qualité des soins et de l'accompagnement"

De l'association France Assos Santé :

- "Adapter la prise en charge des transports sanitaires aux besoins des patients"
- "Article 24 : Contrat installation - Maintenir l'exigence d'une activité entrant dans le cadre de l'exercice coordonné"
- "Article 43 : II téléconsultations - Instaurer une orientation des patients vus en téléconsultation vers une consultation en présentiel lorsqu'un arrêt de travail est justifié afin de permettre son indemnisation"
- "Après l'article 19 - Prise en charge de l'activité physique adaptée prescrite"
- "Après l'article 21 - Adapter la prise en charge des transports sanitaires aux besoins des patients"
- "Après l'article 21 - Forfait Patient urgences : exonération ALD + clarification situations de facturation"
- "Après l'article 21 - Agir sur les Reste à charge élevés à l'hôpital"
- "Après l'article 21 - Suppression franchises et participations ALD"
- "Après l'article 22 - Reconnaître la place des représentants d'usagers au conseil de l'UNCAM"
- "Après l'article 23 - Adapter le parcours de soins coordonné au contexte de la difficulté d'accès aux soins"
- "Après l'article 29 - Fixation du prix du médicament : prendre en compte les investissements publics dans la recherche et le développement"
- "Après l'article 30 - Renforcer la transparence de l'information en permettant une représentation des usagers au sein du Comité économique des produits de santé (CEPS)"
- "Après l'article 31 - Supprimer les franchises sur les médicaments génériques"
- "Après l'article 37 - Revoir les modalités d'indemnisation des arrêts de travail dans le cadre d'une ALD"
- "Après l'article 37 - Permettre l'indemnisation des arrêts de travail des personnes travaillant à temps très partiel"
- "Après l'article 37 - Permettre l'indemnisation des absences pour soins des malades chroniques"
- "Après l'article 38 - Complémentaire Santé Solidaire"
- "Après l'article 38 - Assurer la portabilité du contrat de groupe obligatoire pendant 1 an pour les ex salariés en arrêt maladie"
- "Après l'article 44 - Renforcer la démocratie en santé : instaurer un nouveau fonds pour sécuriser le financement des associations d'usagers agréées"

De l'association APF Handicap :

- "Revalorisation des tarifs PCH"

De l'association Médecins du Monde :

- "Pour une complémentaire santé solidaire à Mayotte"

L'Uniopss

Unir les associations pour développer les solidarités

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

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

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



Les valeurs qui nous rassemblent

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

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

www.uniopss.asso.fr - [@uniopss](https://twitter.com/uniopss)

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