

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 2024

Les propositions d'amendements
de la Fédération Addiction

Sommaire

Faire de la prévention une véritable priorité politique

Pour une vraie politique de prévention : un financement pérenne pour les actions de prévention des addictions.....	3
Élargir les rendez-vous de prévention aux personnes mineures.....	4
Élargir les rendez-vous de prévention aux personnes mineures (suite).....	5
Renforcer la prévention en santé mentale	6
Renforcer les moyens et le rôle des professionnels de santé en PMI, en milieu scolaire et en milieu professionnel pour la prévention	7
Prendre en compte les spécificités des publics les plus à risque dans les rendez-vous de prévention à des âges clés de la vie.....	8

Réduire les dommages liés à l'alcool sur la santé

Instaurer un prix minimum par unité d'alcool.....	9
---	---

Les haltes "soins addictions", un dispositif de santé publique qui fonctionne

Pour la fin de l'expérimentation des haltes "soins addictions" et leur inscription dans le droit commun	10
---	----

Pour une politique des drogues guidée par les impératifs de santé

Protéger les personnes qui portent assistance aux victimes d'urgence médicale	12
Supprimer les sanctions pénales pour simple consommation	13

Pour un secteur médico-social doté de moyens suffisants

Compensation des surcoûts pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) du fait des nouvelles modalités d'évaluation.....	15
Revaloriser les salaires des oubliés du Ségur	17

Qui sommes-nous ?

La Fédération Addiction est un réseau d'associations et de professionnels de l'addictologie. Son ambition : développer des réponses adaptées aux addictions, qui placent l'utilisateur au centre. Avec 850 établissements et services de santé adhérents et plus de 500 adhérents individuels (professionnels du soin, de l'éducation, de la prévention, de l'accompagnement et de la réduction des risques), la Fédération Addiction est le premier réseau d'addictologie de France.

La Fédération Addiction est membre de l'UNIOPSS (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux) et de la SFSP (Société française de santé publique).

Amendement de la Fédération Addiction

Cet amendement est également soutenu par l'UNIOPSS

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

APRÈS L'ARTICLE 24, insérer l'article suivant

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

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

La prévention fait partie des missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), rendue obligatoire en 2016. Pourtant, à ce jour, ces missions ne sont pas financées de manière pérenne et dépendent uniquement d'appels à projet. Ce système des appels à projet pour seulement deux ou trois ans de mise en œuvre effective ne permet pas une inscription dans la durée des mesures de prévention, durée pourtant essentielle à leur réussite. Ce déficit de moyens pérennes ne permet pas aux structures d'addictologie de mettre en œuvre de manière effective l'ensemble des actions de prévention souhaitables en matière de drogues et d'addictions, notamment les actions « d'aller-vers », destinées à agir auprès des publics les plus fragiles et à risques. Les CSAPA sont également privés de la possibilité de lancer des actions complémentaires à la prévention (réduction des risques, intervention précoce, renforcement des compétences psychosociales, approches expérientielles...).

C'est notamment le cas des actions en direction des jeunes : actuellement, l'effectif moyen des consultations jeunes consommateurs en CSAPA est inférieur à 1 équivalent temps plein, et leur budget annuel de fonctionnement est inférieur à 50 000 €. Beaucoup de ces consultations sont aujourd'hui contraintes de limiter leurs activités à la partie consultation, au détriment des actions hors-les-murs visant à « aller vers » les publics dans leur contexte de vie.

Financer sur l'ONDAM les actions de prévention favoriserait une prise en charge plus précoce (et donc bien moins coûteuse à long-terme) d'un plus grand nombre de personnes et notamment de jeunes. Elle constitue une réponse efficace et pertinente aux enjeux de santé publique que représentent aujourd'hui les conduites addictives.

Amendement proposé par l'UNIOPSS avec le soutien de la Fédération Addiction

Élargir les rendez-vous de prévention aux personnes mineures

ARTICLE 20

Ajouter l'alinéa suivant :

A l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique, au premier alinéa, la mention « Tous les adultes de dix-huit ans ou plus » est remplacée par « Toutes les personnes, mineures et majeures »

EXPOSÉ SOMMAIRE

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

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

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

Amendement proposé par l'UNIOPSS avec le soutien de la Fédération Addiction

Élargir les rendez-vous de prévention aux personnes mineures (suite)

ARTICLE 20

L'alinéa suivant est ajouté :

« À l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique, au premier alinéa, la mention « , tout au long de la vie » est ajoutée après « à certains âges ».»

EXPOSÉ SOMMAIRE

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

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

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

Renforcer la prévention en santé mentale

ARTICLE 20

L'alinéa suivant est ajouté :

« A l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique, après le dernier alinéa, est insérée la phrase suivante :

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

Nous déplorons que la prévention en santé mentale soit très peu présente dans ce PLFSS 2024, malgré l'urgence de trouver des solutions pour résorber la crise de l'accès à la santé mentale, notamment à la psychiatrie et à la pédopsychiatrie.

Les contenus des séances de prévention et les modalités de mise en œuvre seront précisés réglementairement, ce qui ne permet pas d'assurer à ce stade qu'une attention particulière sera portée à la santé mentale, qui est pourtant une priorité annoncée par les pouvoirs publics. Il est nécessaire que la prévention en santé mentale soit centrale dans chacun des rendez-vous de prévention. À cette fin, il est nécessaire d'accompagner la formation et sensibilisation de l'ensemble des professionnels en lien avec les jeunes. Les démarches fondées sur la psychoéducation (développement des compétences psychosociales, approche par le rétablissement, pair-aidance etc.) et le développement des formations de premiers secours en santé mentale doivent être fortement promues à tous les niveaux de la société.

Amendement proposé par l'UNIOPSS avec le soutien de la Fédération Addiction

Renforcer les moyens et le rôle des professionnels de santé en PMI, en milieu scolaire et en milieu professionnel pour la prévention

ARTICLE 20

L'alinéa suivant est ajouté :

« A l'article L. 1411-6-2 du Code de la Santé publique, après le dernier alinéa est insérée la phrase suivante :

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

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

Amendement proposé par l'UNIOPSS avec le soutien de la Fédération Addiction

Prendre en compte les spécificités des publics les plus à risque dans les rendez-vous de prévention à des âges clés de la vie

ARTICLE 20

Après le premier alinéa est ajoutée la disposition suivante :

« À l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique, au deuxième alinéa, les mots « les besoins de santé des femmes » sont remplacés par les mots « les besoins de santé des femmes, des minorités sexuelles et de genre, des personnes en situation de précarité et des personnes en situation de handicap, dans une logique d'aller vers » »

EXPOSÉ SOMMAIRE

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

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

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

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

APRÈS L'ARTICLE 26, insérer l'article suivant

Après l'article L3322-11 du code de santé publique, il est établi un article L3322-12 ainsi rédigé :

Il est interdit de vendre au détail toute boisson alcoolique à un prix inférieur au prix minimum, calculé de la manière suivante :

$$PMU \times D \times V$$

où PMU est le prix minimum par unité d'alcool, D est le degré d'alcool exprimé en pourcentage, V est le volume de la boisson en centilitres.

Le prix minimum par unité d'alcool est fixé par décret, il ne peut être inférieur à 0,60 €.

EXPOSÉ SOMMAIRE

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

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

Amendement de la Fédération Addiction

Cet amendement est également soutenu par l'UNIOPSS et AIDES

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

APRÈS L'ARTICLE 22, insérer l'article suivant

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

Dans la suite de l'article 22, il est proposé d'inscrire dans le droit commun le dispositif des haltes “soins addictions”, anciennement dénommées « salles de consommation à moindre risque » : l'expérimentation de ces dispositifs de réduction des risques a été autorisée en France par la loi de modernisation du système de santé de 2016. Des consommateurs de drogues y sont accueillis pour consommer des produits dans des conditions d'hygiène qui réduisent les risques pour leur santé et ils peuvent y bénéficier d'un accompagnement sanitaire (consultations avec un médecin ou un infirmier, réorientation vers des services d'addictologie ou de psychiatrie...) et social (questions administratives, d'hébergement, de logement, de justice, etc.). Deux salles sont actuellement ouvertes, l'une à Paris et l'autre à Strasbourg, et ont fait l'objet d'une évaluation scientifique indépendante (*Cohorte pour l'évaluation des facteurs structurels et individuels de l'usage de drogues*, Inserm, mai 2021) démontrant que :

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

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

Amendement de la Fédération Addiction

Cet amendement est également soutenu par AIDES

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

APRÈS L'ARTICLE 23, 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 SOMMAIRE

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), 627 personnes sont mortes à la suite d'un usage abusif de substances psychoactives – un chiffre probablement partiel et pourtant en hausse de 54 % 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 Canada¹ 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.

¹ Notamment la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* (L.C. 2017, ch. 4) adoptée par le Canada en 2017

Amendement de la Fédération Addiction

Cet amendement est également soutenu par AIDES. Cette proposition est issue du Collectif pour une nouvelle politique des drogues

Une politique des drogues guidée par les impératifs de santé : supprimer les sanctions pénales pour simple consommation

APRÈS L'ARTICLE 23, insérer l'article suivant

L'article L. 3421-1 du code de santé publique est ainsi modifié :

1° L'alinéa 1 est supprimé.

2° Le deuxième alinéa est ainsi modifié : a) Les mots « si l'infraction est commise » sont remplacés par les mots : « L'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants » ; b) Les mots: «, les peines sont portées à » sont remplacés par les mots: « est puni de »;

3° L'alinéa 3 est supprimé.

EXPOSÉ SOMMAIRE

La simple consommation de substances classées sur la liste des stupéfiants est passible de lourdes sanctions : un an de prison et 3750 € d'amende. L'amendement précédent propose de protéger les personnes qui appellent les secours en cas d'urgence médicale, celui-ci va plus loin car si la consommation de drogues comporte effectivement des risques, la répression du simple usage de drogues, délit sans victime, constitue un non-sens à plus d'un titre :

- elle est inefficace pour réduire la consommation : 45 % des Français ont déjà expérimenté le cannabis (chiffre le plus élevé en Europe), 22 % en ont consommé récemment (2e chiffre le plus élevé d'Europe), la consommation de cocaïne concerne 600 000 personnes en France et est en hausse constante depuis vingt ans, la consommation de cocaïne et d'ecstasy/MDMA y est supérieure à la moyenne européenne...
- elle est extrêmement coûteuse : 1,72 milliards d'euros sont dédiés à la répression en 2023, soit 83,8% du budget total de l'État consacré à la « Politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives » ;
- contrairement aux objectifs affichés par le gouvernement, elle n'a pas d'incidence sur la lutte contre les trafics : dans les faits, 80 % des interpellations de la police pour infraction à la législation sur les stupéfiants ne concernent que l'usage simple ;
- elle éloigne les consommateurs du soin : renvoyer les usages de drogues aux marges de la loi, c'est rendre plus complexe pour les personnes en difficulté

(notamment en raison de leur addiction ou désocialisation) l'accès à des professionnels de santé. En cas de problème grave, tel que l'overdose, les personnes sont réticentes à appeler les secours par peur de la sanction.

La suppression du délit de simple consommation de stupéfiants n'est pas une « légalisation » des stupéfiants, pas plus qu'une permissivité accordée aux comportements mettant en danger les personnes sous emprise de produits et des tiers (conduite routière, manœuvre d'engins, etc.) qui demeurent répréhensibles au même titre que pour l'alcool.

Cette réforme est soutenue par de nombreuses organisations et associations de policiers, magistrats, usagers, professionnels de l'addictologie, associations de défense des droits humains : Association guyanaise de réduction des risques (AGRRR), Aides, Auto-support et réduction des risques parmi les usagers et ex-usagers de drogues (ASUD), Cannabis sans frontières, Collectif Police Contre la Prohibition (PCP), Ligue des droits de l'Homme (LDH), Fédération Addiction, Groupe de recherche et d'études cliniques sur les cannabinoïdes (GRECC), Médecins du monde, Observatoire internationale des prisons, SAFE, SOS Addictions, Syndicat de la magistrature. Elle fait l'objet d'une pétition sur le site de l'Assemblée nationale qui a déjà recueilli plusieurs milliers de signatures².

² Supprimons les sanctions pénales pour la simple consommation de drogues, <https://petitions.assemblee-nationale.fr/initiatives/i-1625>

Amendement proposé par l'UNIOPSS avec le soutien de la Fédération Addiction et de AIDES

Compensation des surcoûts pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) du fait des nouvelles modalités d'évaluation

APRÈS L'ARTICLE 23, insérer l'article suivant

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

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

En février 2023, l'Uniopss a coordonné un courrier commun, signé par 27 associations du secteur sanitaire, social et médico-social, pour demander à la Première Ministre Elisabeth Borne que les surcoûts pour les ESSMS entraînés par la réforme de leur évaluation soient compensés. Cette lettre, restée sans réponse, a été rendue publique et reprise à de nombreuses reprises³.

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

³ Voir, par exemple, l'article du Média Social à ce sujet :

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjkjueZiNqBAxWxVKQEHRbmDm4QFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.lemediasocial.fr%2Fevaluation-des-essms-les-associations-alertent-elisabeth-borne-sur-les-surcouts-lies-a-la-reforme_baQmMu&usg=AOvVaw2hvoRghdk-6PQIFG7IhcLA&opi=89978449

De plus, la restructuration du marché des organismes évaluateurs implique un coût moyen plus élevé, puisque le nombre d'organismes évaluateurs a diminué du fait du double système d'accréditation par le COFRAC et d'habilitation par la HAS. Ces craintes sont aujourd'hui confirmées par les premiers retours que nous avons des acteurs de terrain, qui reçoivent des propositions plus onéreuses de la part des organismes évaluateurs externes. Dans l'ancien cadre réglementaire, les évaluations externes coûtaient en moyenne 8 000 euros en fonction de la taille de l'ESSMS et d'un éventuel contrat cadre (le dernier bilan ANESM fin 2014 indiquait des prix moyens TTC variant entre 3 519,60 euros correspondant à 3,7 journées/personne pour un SAAD et 7 718,50 euros correspondant à 7,3 journées/personne pour un EHPAD), tandis que les premiers retours de terrain nous indiquent un montant des prix de journées pouvant aller jusqu'à 1 700 euros (HT) par jour, cette estimation restant à être affinée dans les mois à venir.

Aussi, alors que dans le passé, des crédits non renouvelables pouvaient être mobilisés pour compenser les surcoûts liés aux évaluations⁴, cela n'est à ce jour pas une solution envisagée par l'État. Ainsi, un amendement à l'article 32 du PLFSS pour 2023 prévoyant que la charge financière des évaluations soit intégrée au CPOM avait été adopté au Sénat, mais celui-ci n'a pas été retenu par votre gouvernement.

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

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

⁴ Voir le rapport « Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux », IGAS, juin 2017 : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2016-113R_.pdf

Amendement proposé par Addictions France avec le soutien de la Fédération Addiction, de l'UNIOPSS et de AIDES

Revaloriser les salaires des oubliés du Ségur

APRÈS L'ARTICLE 23, insérer l'article suivant

I. – L'ensemble des professions techniques, administratives et logistiques du secteur social et médico-social, perçoit, à compter du 1^{er} janvier 2024 une prime de revalorisation de 183 € nets mensuels au titre des revalorisations salariales faisant suite au Ségur de la santé et aux accords Laforcade du 2 mai 2022 et ayant déjà donné lieu aux décrets : n° 2022-738 du 28 avril 2022, n° 2022-741 du 28 avril 2022 et n° 2022-728 du 28 avril 2022.

II. – La perte de recettes pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les boissons alcooliques prévues à l'article L313-19 du code d'imposition des biens et des services.

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

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

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

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

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

établissements et services du secteur médico-social et social soit exclu de cette reconnaissance salariale. Cet amendement vise l'équité entre les professionnels de ces secteurs.