

**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE
LA SÉCURITÉ SOCIALE
PROJET DE LOI DE FINANCES
2025**

Les propositions d'amendements
de la Fédération Addiction

infos@federationaddiction.fr
01 43 43 72 38

Sommaire

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 2025	3
Assurer le financement des établissements médico-sociaux	
Financer intégralement par l'État l'accord Axess du 4 juin 2024 relatif à l'extension du Ségur, étendu par arrêté du 5 août 2024	3
Rapport sur le financement intégral par l'État de l'accord Axess du 4 juin 2024 relatif à l'extension du Ségur étendu par arrêté du 5 août 2024.....	5
Faire contribuer les industries des jeux d'argent et de hasard aux coûts de santé générés par la consommation de leurs produits	7
Financer les évaluations des établissements médico-sociaux et le coût de la démarche qualité.....	9
Faire enfin de la prévention une priorité	
Financer de manière pérenne les actions de prévention des addictions	10
Rapport sur l'état de la prévention en santé.....	12
La santé des jeunes et des femmes	
Intégrer les mineur·e·s aux politiques de prévention nationales, notamment en santé mentale	14
Mettre en place une expérimentation d'espaces dédiés aux femmes dans les CAARUD	16
Mettre en place une expérimentation d'espaces dédiés aux femmes dans les CSAPA	18
Des mesures concrètes et efficaces pour sauver des vies	
Les haltes "soins addictions", un dispositif de santé publique qui fonctionne : mettre fin à la phase d'expérimentation et inscrire le dispositif dans le droit commun	20
Protéger les personnes qui portent assistance aux victimes d'urgence médicale	21
Réduire les dommages liés à l'alcool sur la santé : instaurer un prix minimum par unité d'alcool.....	22
Harmoniser la fiscalité sur les alcools	23
PROJET DE LOI DE FINANCES 2025	24
Réorienter la politique des drogues vers la prévention des addictions et l'accès aux soins	24
Financer la campagne du Dry January	26

Qui sommes-nous ?

La Fédération Addiction est le premier réseau représentatif du champ des drogues et des addictions en France. Elle s'intéresse à toutes les addictions et toutes les drogues (légal·es ou illégal·es) dans une approche transdisciplinaire reconnaissant les dimensions plurielles de la consommation et de l'addiction. Elle représente 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 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).

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 2025

Amendement proposé par l'Uniopss avec le soutien des organisations représentatives du secteur associatif sanitaire, social et médico-social : Fédération Addiction, SOS Villages d'enfants, Résonance, Fédération nationale pour la petite enfance, ABC Puériculture, Armée du Salut, Fédération de l'entraide protestante, Apprentis d'Auteuil, APF France handicap, L'Essor, Fédération des acteurs de la solidarité, Addictions France, France Terre d'Asile, Fondation ANAIS, SOLIHA, Emmaüs France, Secours Catholique, Fapil, Unafo, HOVIA, FSJU (Fonds social juif unifié), Fédération française sesame autisme, Fédération générale des PEP, Citoyens & justice

Financer intégralement par l'État l'accord Axess du 4 juin 2024 relatif à l'extension du Ségur, étendu par arrêté du 5 août 2024

APRÈS L'ARTICLE 16, insérer l'article suivant

L'État assure le financement intégral des revalorisations salariales prévues par l'accord Axess pour la branche associative sanitaire, sociale et médico-sociale, signé le 4 juin 2024 relatif à l'extension du Ségur dans le cadre de la politique salariale en lien avec la négociation sur la convention collective unique et étendue dans le secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif, conclu dans le cadre de l'accord national professionnel n° 2005-03 du 18 février 2005 sur le champ d'application du secteur sanitaire, social et médico-social à but non lucratif, agréé par arrêté du 25 juin 2024 et étendu par arrêté du 5 août 2024. Ce financement couvre l'ensemble des revalorisations dites « Ségur » de tous les professionnels concernés des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et associations concernés et est pris en charge par l'État à compter de la date de publication de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025 aux conditions prévues par ledit accord.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Depuis plus de deux ans, les syndicats et fédérations du secteur sanitaire, social et médico-social ont œuvré pour étendre les mesures de revalorisation salariale issues du Ségur de la santé à l'ensemble des salariés du secteur. Cette démarche vise à corriger les disparités salariales persistantes qui ont laissé une part importante des salariés de ce secteur en marge des revalorisations.

L'accord conclu le 4 juin 2024 dans le cadre de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale (BASS) marque une avancée importante. Il prévoit l'extension du versement de 183 € nets par mois soit 238 € bruts à tous les salariés qui n'avaient pas encore bénéficié des revalorisations du Ségur.

Cependant, cet accord qui s'impose à l'ensemble des associations et établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (ESSMS) concernés n'a pas été assorti des financements nécessaires à sa mise en œuvre. En effet, Les associations, qui sont au cœur de l'accompagnement des personnes vulnérables, ont déjà dû puiser dans

leurs fonds propres — pour celles qui en ont encore la capacité — afin de compenser les exclusions salariales dans un contexte de crise connu de tous. Et ceci sans garantie de financement par leurs autorités de tarification et notamment les départements. Cette situation met en péril la pérennité de ces structures ainsi que la continuité de leurs missions. Il est donc impératif que l'État prenne pleinement en charge le financement de cet accord pour éviter que les associations ne se retrouvent dans une impasse financière qui affectera très rapidement la qualité des accompagnements proposés.

Cet amendement vise donc à garantir que l'État assume intégralement le coût des revalorisations salariales liées à l'accord du 4 juin 2024. Il est essentiel que les professionnels concernés perçoivent rapidement les revalorisations annoncées, L'État doit se porter garant de la bonne exécution de cet accord et mobiliser les crédits nécessaires pour en assurer la pleine application.

PLFSS 2025

Amendement proposé par l'Uniopss avec le soutien des organisations représentatives du secteur associatif sanitaire, social et médico-social : Fédération Addiction, SOS Villages d'enfants, Résonance, Fédération nationale pour la petite enfance, ABC Puériculture, Armée du Salut, Fédération de l'entraide protestante, Apprentis d'Auteuil, APF France handicap, L'Essor, Fédération des acteurs de la solidarité, Addictions France, France Terre d'Asile, Fondation ANAIS, SOLIHA, Emmaüs France, Secours Catholique, Fapil, Unafo, HOVIA, FSJU (Fonds social juif unifié), Fédération française sesame autisme, Fédération générale des PEP, Citoyens & justice

Rapport sur le financement intégral par l'État de l'accord Axess du 4 juin 2024 relatif à l'extension du Ségur étendu par arrêté du 5 août 2024

APRÈS L'ARTICLE 16, insérer l'article suivant

I. Le gouvernement remet au Parlement, dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport évaluant le coût réel de l'application de l'accord Axess du 4 juin 2024, relatif à l'extension du Ségur dans le cadre de la politique salariale en lien avec la négociation sur la convention collective unique et étendue dans le secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif, conclu dans le cadre de l'accord national professionnel n° 2005-03 du 18 février 2005 sur le champ d'application du secteur sanitaire, social et médico-social à but non lucratif, agréé par arrêté du 25 juin 2024 et étendu par arrêté du 5 août 2024., pour l'ensemble des ESSMS ainsi que des associations concernés.

II. Ce rapport devra notamment :

- Estimer le coût total des revalorisations salariales pour tous les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et associations concernés, en prenant en compte les différentes catégories de personnel visées par l'accord.
- Évaluer les ressources nécessaires pour financer ces revalorisations de manière complète et sans recours aux fonds propres des associations gestionnaires.
- Proposer des pistes de financement adaptées afin d'assurer la viabilité économique des structures tout en garantissant le versement des revalorisations salariales pour répondre aux conditions prévues par l'accord du 4 juin 2024 et par l'arrêté d'extension du 5 août 2024.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Depuis plus de deux ans, les syndicats et fédérations du secteur sanitaire, social et médico-social ont œuvré pour étendre les mesures de revalorisations salariales issues du Ségur de la santé à l'ensemble des salariés du secteur. Cette démarche vise à corriger les disparités salariales persistantes qui ont laissé une part importante des travailleurs de ce secteur en marge des revalorisations.

L'accord conclu le 4 juin 2024 dans le cadre de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale (BASS) marque une avancée importante. Il prévoit l'extension du versement de 183 € nets par mois soit 238 € bruts à tous les salariés qui n'avaient pas encore bénéficié des revalorisations du Ségur.

À ce jour, les estimations du gouvernement, des organisations patronales et des têtes de réseaux associatives divergent quant au nombre de salariés concernés et aux coûts associés. Ceci soulève des inquiétudes quant à la capacité des ESSMS à supporter financièrement cette mesure. Certaines structures ont dû puiser dans leurs fonds propres pour pallier les insuffisances des dispositifs de financement. L'absence de chiffrage précis du coût réel de l'application de cet accord ainsi que l'incertitude d'un financement de la mesure par les autorités de tarification aggravent les tensions sociales au sein des structures concernées.

Cet amendement a pour but de garantir une évaluation précise des coûts liés à l'application de l'accord Axess du 4 juin 2024. L'objectif est de mettre en adéquation le financement de l'État avec les besoins réels des ESSMS et associations concernés, afin de permettre une mise en œuvre efficace des revalorisations salariales dans l'intérêt des professionnels et des personnes accompagnées.

Amendement proposé par l'association Addictions France et soutenu par la Fédération Addiction et l'Uniopss

Faire contribuer les industries des jeux d'argent et de hasard aux coûts de santé générés par la consommation de leurs produits

APRÈS L'ARTICLE 7, insérer l'article suivant

I. - Après la section 3 du chapitre 5 du titre IV du Livre II de la partie législative du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 4 ainsi rédigée :

« Section 4 : Taxation des publicités relatives aux jeux d'argent et de hasard

« Article L247 :

I. - Il est institué une taxe perçue sur les dépenses de publicité portant sur les jeux d'argent et de hasard.

II. - Sont redevables de cette taxe :

1° Pour le pari mutuel, les sociétés de courses qui les organisent dans les conditions fixées par l'article 5 de la loi du 2 juin 1891 ayant pour objet de réglementer l'autorisation et le fonctionnement des courses de chevaux et pour les paris hippiques en ligne mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne.

2° Pour les paris sportifs, les sociétés qui les organisent dans les conditions fixées par le I de l'article 137 de la loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises.

3° Pour les paris sportifs en ligne, les sociétés qui les organisent dans les conditions fixées à l'article 12 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne.

4° Pour les jeux de cercle en ligne, les sociétés qui les organisent dans les conditions fixées par l'article 14 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne.

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

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

V. - Les modalités du recouvrement sont instaurées par décret trois mois après la date d'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

40% du chiffre d'affaires des opérateurs de jeux d'argent proviennent de personnes ayant une pratique excessive du jeu¹. Ce chiffre s'élève à 60% pour les paris sportifs. En parallèle, entre 2019 et 2021, le budget publicitaire alloué par les plateformes de jeu d'argent et de hasard a augmenté de 26%.

Les publicités pour les paris sportifs, notamment, font l'objet de campagnes publicitaires intenses pendant les compétitions de football, comme cela a été constaté en 2021. Ces publicités ont été largement critiquées par les médias et l'opinion publique car elles incitent fortement à des pratiques de jeu excessives².

En s'acquittant d'une taxe qui abondera les caisses de la Sécurité sociale, les opérateurs de jeu contribuent financièrement aux coûts liés aux dommages inhérents à leur secteur d'activité, tout en finançant la prévention.

¹ Selon l'Observatoire national des jeux

² Selon une enquête de Harris Interactive, 8 personnes sur 10 ayant vu les publicités pendant l'Euro 2020 ont eu une opinion défavorable des publicités

Amendement proposé par l'association Addictions France et soutenu par la Fédération Addiction et l'Uniopss

Financer les évaluations des établissements médico-sociaux et le coût de la démarche qualité

APRÈS L'ARTICLE 21, insérer l'article suivant

I.- Après l'alinéa 6 de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour les établissements cités à l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles relevant de son périmètre, et la caisse nationale d'assurance maladie, pour les établissements relevant du 9° du même article, contribuent à la compensation des surcoûts supportés par les établissements et services médico-sociaux, induits par l'obligation d'accréditation des organismes prévue au premier alinéa du présent article. »

II.- La perte de recettes pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les boissons alcooliques prévue au chapitre III du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

III.- La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les boissons alcooliques prévue au chapitre III du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à prendre en charge les coûts liés à la réforme de l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cette réforme a induit des évolutions que les établissements ne pourront supporter à moyens constants : des ressources supplémentaires doivent être affectées à l'évaluation de ces établissements et services, en prenant en compte tous les aspects nécessaires à la bonne conduite de ces évaluations. La disponibilité et la qualité de l'offre de soins et d'accompagnements sur les territoires sont en jeu.

PLFSS 2025

Amendement proposé par la Fédération Addiction et soutenu par l'Uniopss et l'association Addictions France

Financer de manière pérenne les actions de prévention des addictions

APRÈS L'ARTICLE 21, insérer l'article suivant

I. À l'article L3411-2 du code de la santé publique, il est inséré avant le premier alinéa l'alinéa suivant :

« Les dépenses afférentes aux missions de prévention des addictions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie sont prises en charge par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. »

Au même article, les mots « Les dépenses de prévention résultant du présent livre, » sont remplacés par « Les autres dépenses de prévention résultant du présent livre, »

II. En conséquence, les pertes de recettes pour les organismes de sécurité sociale sont compensées, à due concurrence, par une augmentation des droits sur les tabacs prévus aux articles 575 et 575 A du Code général des impôts.

EXPOSÉ SOMMAIRE

La prévention fait partie des missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), rendue obligatoire en 2016. Malgré cette obligation légale, à ce jour, ces missions ne sont pas financées de manière pérenne et dépendent uniquement d'appels à projet dont la durée effective de mise en œuvre ne dépasse pas trois ans. Ce système est hautement dommageable car :

- Il ne permet pas une inscription dans la durée des mesures de prévention, durée pourtant essentielle à leur réussite, notamment par des partenariats entre structures (de santé et d'autres secteurs) tendant au développement d'un environnement favorable à la santé (conformément aux recommandations de l'OMS sur les facteurs de promotion de la santé).
- Il empêche les 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 vulnérables.
- Il prive les CSAPA de la possibilité de lancer et d'accompagner dans la durée des actions complémentaires à la prévention (réduction des risques, intervention précoce, renforcement des compétences psychosociales, approches expérientielles...).

Les premiers publics touchés par ce déficit de moyens de pérennes sont les jeunes : actuellement, l'effectif moyen des consultations jeunes consommateurs (CJC) en CSAPA est inférieur à 1 équivalent temps plein, et leur budget annuel de

fonctionnement est inférieur à 50 000 €. De fait, la majorité des 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 jeunes dans leur contexte de vie – actions que l'on sait pourtant être les plus efficaces. Financer sur l'ONDAM les actions de prévention est ainsi la condition indispensable d'une prise en charge plus précoce des addictions (et donc bien moins coûteuse à long terme) pour 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.

Rapport sur l'état de la prévention en santé

APRÈS L'ARTICLE 24, insérer l'article suivant

I. Le gouvernement remet au Parlement et Conseil économique social et environnemental, avant le 1^{er} juillet 2025, un rapport évaluant le niveau de la prévention en santé.

II. Ce rapport devra notamment :

- consulter les acteurs gouvernementaux et associatifs de la prévention en santé ;
- analyser les crédits alloués à la prévention en santé dans les budgets de l'Etat, des collectivités territoriales et de la Sécurité sociale ;
- analyser les programmes de prévention en santé déployés actuellement ;
- avoir une attention particulière à la prévention en santé mentale, santé environnementale, santé alimentaire et santé sexuelle ;
- proposer une méthodologie afin de mesurer l'efficacité de la prévention en santé ;
- proposer une feuille de route pour augmenter le financement et l'efficacité de la prévention en santé.

EXPOSÉ SOMMAIRE

La mesure des dépenses de prévention en santé reste très difficile à mener en France. Aujourd'hui, les deux principaux instruments de mesure qui existent sont le rapport annuel de la DREES relatif aux dépenses de santé³ et l'annexe au projet de loi de finance relatif à la prévention en santé⁴. Cependant, ces deux documents proposent une comptabilité différentes de la prévention. La DREES cumule les dépenses de certains programmes budgétaires de l'État et les dépenses de la sécurité sociale, alors que le « jaune budgétaire prévention en santé » réalise la somme de divers programmes budgétaires de l'État ayant, de près ou de loin, un rapport avec la prévention.

En 2021, la Cour des Comptes⁵ vient complexifier la chose en rajoutant les dépenses de remboursement de consommation de soins ou de biens médicaux (CSBM) à visés préventifs par l'Assurance maladie. Alors que la DREES et le jaune budgétaire font état de 6 milliards (Sécurité sociale et État) de dépenses pour la prévention, la Cour des comptes obtient un montant de 15 milliards en rajoutant la CSBM).

La DREES et le jaune budgétaire mesure ce qu'on appelle la « prévention institutionnelle ». Celle-ci fait référence au financement des programmes de surveillance, de recherche, de veille, de sensibilisation ou de promotion de santé. Ainsi, elle relève du déploiement d'une politique publique de prévention à l'échelle

³ DREES, les dépenses de santé en 2022, édition 2023, 2023

⁴ Gouvernement, Annexe au projet de loi de finances pour 2024 : Prévention en santé, 2023

⁵ Cour des Comptes, La politique de prévention en santé, novembre 2021

d'un territoire. La Cour des comptes fait le choix de rajouter les dépenses de la CSBM, qui renvoie au comportement des individus, que ce soit de leur propre chef, ou soit l'impulsion d'un programme de prévention (suite à une campagne de sensibilisation ou sur recommandation d'un autre professionnel, par exemple) vont consommer un soin ou un bien médical.

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

En raison de la dissémination des budgets de prévention et d'absence de mesure globale de la prévention, il est très difficile d'en tirer des conclusions. Le présent amendement vise à la rédaction d'un rapport dressant un état des lieux de la prévention en France et proposer des améliorations pour qu'elle devienne la colonne vertébrale de notre système de santé. Cela permettra à terme de diminuer les dépenses de santé par une meilleure anticipation de problème de santé⁶.

⁶ Une approche économique de la prévention. En quoi la performance économique peut-elle devenir un argument pour la prévention ? - OSHwiki | European Agency for Safety and Health at Work

Amendement proposé par la Fédération Addiction et l'UNICEF France, soutenu par l'Unipss et l'association Addictions France

Intégrer les mineur·e·s aux politiques de prévention nationales, notamment en santé mentale

APRÈS L'ARTICLE 17, insérer l'article suivant

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

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

2° Au deuxième alinéa, à la première phrase, « ils » est remplacé par « les rendez-vous de prévention destinés aux adultes de dix-huit ans ou plus ».

3° À la suite du deuxième alinéa, l'alinéa suivant est ajouté :

« Les rendez-vous de prévention destinés aux mineurs âgés de onze à dix-sept ans ont notamment pour objectifs, en fonction des besoins, de promouvoir l'activité physique et sportive et une alimentation favorable à la santé, et de prévenir les troubles de santé mentale, y compris les conduites addictives. Ils sont adaptés aux besoins de chaque individu et prennent notamment en compte les besoins de santé des femmes, des minorités sexuelles et de genre, et des personnes en situation de handicap. Les conditions dans lesquelles, à titre exceptionnel et lorsque l'assuré mineur est dans l'impossibilité de se rendre à un rendez-vous physiquement, la télémédecine ou le télésoin peut être utilisé pour faciliter l'accès à ces rendez-vous de prévention, sont définies par voie réglementaire. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

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

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

Un tel dispositif apparaît crucial en effet face aux indicateurs alarmants des troubles psychiques et des conduites addictives chez les jeunes. En 2021, près d'un·e jeune

sur cinq a connu un épisode dépressif⁷, marquant une augmentation de 80 % par rapport à 2017. Le nombre d'appels à SOS Amitié émis par des jeunes de moins de 14 ans a également crû de 40 %⁸. Et malgré une tendance générale à la baisse de la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis, les inégalités sociales demeurent marquées ; par exemple, les jeunes sorti·e·s du système scolaire sont quatre fois plus nombreux·ses à fumer quotidiennement que les élèves des lycées généraux⁹.

Pourtant, seul·e·s 22 % des jeunes se jugent bien informé·e·s sur la santé mentale¹⁰. Il est impératif de promouvoir l'apprentissage précoce des compétences psychosociales (gestion des émotions, identification des comportements à risque...) pour prévenir l'apparition de troubles mais également de détecter les premiers signes d'alerte : selon l'OMS, près de la moitié des troubles mentaux émergent en effet avant 14 ans.

Ce dispositif permettrait enfin de faire écho aux demandes du comité d'orientation des Assises de la pédiatrie et de la santé des enfants (coordonné entre autres par le ministère de la Santé et de la Prévention) en mai 2024 au sujet de la création d'un bilan d'évaluation de santé psychique à l'entrée au collège.

Plus tôt nous agissons, plus nous garantissons aux enfants un accompagnement adapté et réduisons leurs risques de santé une fois adultes.

⁷ Santé Publique France, 2023

⁸ SOS Amitié, 2023

⁹ ESCAPAD, OFDT, 2023

¹⁰ Fondation de France, 2020

PLFSS 2025

Amendement proposé par la Fédération Addiction et la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) et soutenu par l'Uniopss

Mettre en place une expérimentation d'espaces dédiés aux femmes dans les CAARUD

À L'ARTICLE 27

I-À la troisième ligne de la seconde colonne du tableau de l'alinéa 2, substituer au montant : « 108,8 »

Le montant : « 107,6 ».

II-En conséquence, à la septième ligne de la même colonne du même tableau, substituer au montant : « 3,5 »

Le montant : « 4,7 »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement a pour objectif le financement d'une expérimentation de 3 espaces dédiés exclusivement aux femmes dans les CAARUD. Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) sont des établissements médico-sociaux destinés à accueillir des usagers de drogues. Les CAARUD sont des services de réductions et de prévention des risques sanitaires et psycho-sociaux causés par le mode de consommation des produits illicites, auprès d'usagers de drogues non-demandeurs de soins. Ils ont principalement pour but d'amener progressivement l'utilisateur en situation précaire à avoir accès aux soins de base et à entrevoir la possibilité d'être accompagné vers une démarche de soins plus conséquente.

Cependant, ces centres d'accueil sont principalement fréquentés par un public masculin. En effet, les femmes en situation de précarité sont hélas souvent amenées à adopter des stratégies de non-recours à l'hébergement, ce qui contribue à leur invisibilisation. Le rapport *Profils et pratiques des usagers reçus en CAARUD en 2019* de l'OFDT, publié en 2022 souligne la surreprésentation des hommes dans ces centres. En effet, seulement 20% des personnes accueillies en 2019 étaient des femmes.

Plusieurs facteurs viennent expliquer la sous-fréquentation par les femmes de ces centres. Les femmes ont tendance à se mettre en retrait, craignant souvent de subir à nouveau des violences et/ou de croiser leur agresseur. En outre, les représentations stéréotypées de genre peuvent également les dissuader de se rendre en centre. Bien que des mesures aient été mises en place dans certains CAARUD (plages horaires dédiées, unités femmes-

enfants, groupes de paroles réservés aux femmes...), il paraît nécessaire de créer des espaces spécifiquement dédiés à l'accueil des femmes. Ces centres d'accueil constitueront des espaces de sécurité pour des femmes aux parcours complexes et marqués par la violence. Ces espaces au sein des CAARUD permettront dès lors de répondre à leurs besoins spécifiques.

Avant de généraliser ces espaces, il est proposé de mettre en place une expérimentation au sein de 3 CAARUD afin d'évaluer la pertinence du dispositif. L'État précisera par décret la répartition territoriale de ces 3 espaces dédiés aux femmes au sein des CAARUD.

Contraint par les règles de l'article 40 de la Constitution, cet amendement réduit le sous-ONDAM hospitalier, ce qui n'est nullement son intention. Il est alors demandé au gouvernement de lever le gage financier.

Estimation du coût

Coût d'un CAARUD par an × nombre de régions par expérimentation = 600 000 (moyenne haute) × 3 = 1 200 000

Sources

Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues le Resol, Croix-Rouge française

Lancement du projet MAAA'ELLES (Missions d'Accompagnement et d'Accueil - Addictions pour Elles) - Fédération des acteurs de la solidarité (federationsolidarite.org)

Guide « Femmes et addictions » - Fédération Addiction (federationaddiction.fr)

La réduction des risques et des dommages chez les usagers de drogues - Ministère du travail, de la santé et des solidarités (sante.gouv.fr)

PLFSS 2025

Amendement proposé par la Fédération Addiction et la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) et soutenu par l'Uniopss

Mettre en place une expérimentation d'espaces dédiés aux femmes dans les CSAPA

À L'ARTICLE 27

I-À la troisième ligne de la seconde colonne du tableau de l'alinéa 2, substituer au montant : « 108,8 »

Le montant : « 105,8 ».

II-En conséquence, à la septième ligne de la même colonne du même tableau, substituer au montant : « 3,5 »

Le montant : « 6,5 »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement a pour objectif le financement d'une expérimentation de 3 espaces dédiés exclusivement aux femmes dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Les CSAPA sont des structures assurant des missions d'accompagnement médico-psycho-social, de soins, de réduction des risques et des dommages et de prévention individuelle et collective. Composés par des équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, psychologues, professionnels socio-éducatifs), ces centres s'adressent aux personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une addiction (avec ou sans substance) ainsi qu'à leur entourage.

En 2021, les hommes représentent 76% des 210 665 personnes accompagnées par le personnel des CSAPA. Cette sous-occupation féminine s'explique en partie par le fait que ces espaces sont pensés par et pour les hommes. La surreprésentation masculine des CSAPA peut reproduire un cadre insécurisant pour de nombreuses femmes, notamment pour celles victimes de violence – et désincitatif à leur venue dans ces centres. D'autre part, si les hommes ont davantage de pratiques addictives ou à risque que les femmes, celles-ci sont en revanche davantage stigmatisées pour leurs conduites. Dès lors, la crainte du stigmate n'encourage pas la fréquentation de ces lieux d'accueil et d'accompagnement.

Ainsi, il paraît essentiel d'encourager la fréquentation des CSAPA par les femmes en levant les multiples freins à leur venue. Il est donc proposé de concevoir des espaces réservés exclusivement aux femmes dans les CSAPA, afin de créer les conditions et un cadre favorable à leur accueil, ainsi qu'à leur prise en charge.

Avant de généraliser ces espaces, il est proposé de mettre en place une expérimentation au sein de 3 CSAPA afin d'évaluer la pertinence du dispositif. L'État

précisera par décret la répartition territoriale de ces 3 espaces dédiés aux femmes au sein des CSAPA.

Contraint par les règles de l'article 40 de la Constitution, cet amendement réduit le sous-ONDAM hospitalier, ce qui n'est nullement son intention. Il est alors demandé au gouvernement de lever le gage financier.

Estimation du coût

Coût d'un CSAPA par an × nombre de régions par expérimentation = 1 000 000 (moyenne basse) × 3 = 3 000 000

Sources :

Recueil des actes administratifs spécial n°75-2023-087 publié le 7 février 2023 OFDT, Caractéristiques des personnes prises en charge dans les CSAPA en 2021, Février 2024

Amendement proposé par la Fédération Addiction et soutenu par l'Uniopss et l'association Addictions France

Les haltes “soins addictions”, un dispositif de santé publique qui fonctionne : mettre fin à la phase d’expérimentation et inscrire le dispositif dans le droit commun

APRÈS L’ARTICLE 19, 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 proposé par la Fédération Addiction et soutenu par l'Uniopss et l'association Addictions France

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

APRÈS L'ARTICLE 20, 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), 638 personnes sont mortes à la suite d'un usage abusif de substances psychoactives - un chiffre probablement partiel et pourtant en hausse de 48 % en cinq ans.

La loi actuelle punit la consommation de stupéfiants de lourdes sanctions : un an de prison et 3750 € d'amende. Dans bien des cas d'urgence médicale, cet interdit pousse les personnes ou leurs proches à retarder l'appel des secours, voire à y renoncer. Le présent amendement, inspiré des lois dites du « bon Samaritain » en vigueur au Canada¹¹ 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.

¹¹ Notamment la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* (L.C. 2017, ch. 4) adoptée par le Canada en 2017

Amendement proposé par la Fédération Addiction et soutenu par l'Uniopss et l'association Addictions France

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

APRÈS L'ARTICLE 21, insérer l'article suivant

Après l'article L. 3322-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3322-2-1 ainsi rédigé :

« Le prix minimum de vente des boissons mentionnées au 3° , 4° et 5° de l'article L. 3321-1 du code de la santé publique ne peut être inférieur à 0,60 euros par décilitre d'alcool pur.

« Le surplus de recettes est affecté à la branche Maladie de la Sécurité sociale.

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions de mise en œuvre du présent article. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cette proposition reprend un amendement déjà adopté en commission à l'Assemblée nationale pour le PLFSS 2024.

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 $75 \times 13 \% \times 0,50 = 4,88$ £.

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 lobbies 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 proposé par l'association Addictions France avec le soutien de la Fédération Addiction

Harmoniser la fiscalité sur les alcools

APRÈS L'ARTICLE 4, insérer l'article suivant

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

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

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

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

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

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

PROJET DE LOI DE FINANCES 2025

Amendement proposé par la Fédération Addiction et soutenu par l'association Addictions France

Réorienter la politique des drogues vers la prévention des addictions et l'accès aux soins

ARTICLE 42, ÉTAT B

Modifier ainsi les autorisations d'engagement et les crédits de paiement :

<i>(en euros)</i>		
Programmes	+	-
<i>Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins</i>	517 000 000	0
<i>Police nationale</i>	0	395 000 000
<i>Gendarmerie nationale</i>	0	122 000 000
TOTAUX	517 000 000	517 000 000
SOLDE	0	

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à réorienter une part substantielle des crédits actuellement alloués à la répression de¹²s usages de stupéfiants vers des mesures de prévention des addictions et de prise en charge des personnes dépendantes.

Actuellement, la France dépense 2,5 milliards d'euros par an pour la lutte contre la drogue et les conduites addictives et 80 % de ce budget est consacré à la répression, alors que les résultats en termes de baisse des consommations de stupéfiants sont décevants. La France figure parmi les pays européens avec les taux de consommation de cannabis les plus élevés, tandis que la consommation de MDMA dépasse la moyenne européenne et que celle de cocaïne continue d'augmenter. Malgré cette absence de résultats probants, le budget de la répression a connu une hausse significative de 13,3 % entre 2023 et 2024, et de 72 % depuis 2018.

¹² Rapport européen sur les drogues, Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT), 2022. La cocaïne, un marché essor, Observatoire européen des drogues et tendances addictives (OFDT), 2023.

80 % de l'activité des forces de l'ordre dédiée à la lutte contre les stupéfiants est concentrée sur la répression des consommateurs, au détriment de la lutte contre les trafics¹³. Cependant, il est évident que cette politique répressive n'a pas atteint ses objectifs en matière de réduction des usages.

Face à cette situation, il est nécessaire de revoir la stratégie budgétaire pour privilégier une approche de santé publique. Cet amendement propose ainsi de réorienter environ 50 % des crédits alloués aux forces de police et de gendarmerie pour leur mission de répression des stupéfiants vers des programmes de prévention des conduites addictives et de soins pour les personnes dépendantes.

Cette mesure permettra d'allouer les ressources publiques de manière plus efficace, en favorisant des actions de prévention et de soin, conformément aux recommandations des experts en santé publique, tout en conservant pour les forces de l'ordre leur capacité d'action contre les trafics. Elle vise à prévenir la consommation de drogues tout en améliorant l'accompagnement des personnes concernées.

¹³ Ivana Obradovic, Drogues et addictions : 20 ans d'évolutions en France, 2021

PLF 2025

Amendement proposé par la Fédération Addiction et soutenu par l'association Addictions France

Financer la campagne du Dry January

ARTICLE 42, ÉTAT B

Modifier ainsi les autorisations d'engagement et les crédits de paiement :

(en euros)		
Programmes	+	-
<i>Compétitivité et durabilité de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt</i>	0	2 500 000
<i>Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins</i>	2 500 000	0
TOTAUX	2 500 000	2 500 000
SOLDE	0	

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à financer la campagne annuelle du Dry January qui sensibilise à la réduction de la consommation d'alcool.

En France, les coûts humains et économiques liés à la consommation d'alcool restent extrêmement élevés. L'alcool est responsable de 41 000 décès par an, soit la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac. Selon une étude de l'Observatoire français des drogues et tendances addictives, le coût de l'alcool pour les finances publiques s'élève à 3,3 milliards d'euros¹⁴.

La campagne du Dry January, menée en France par des associations depuis 2020 sans aucun soutien de l'État, vise à sensibiliser la population aux effets de l'alcool sur la santé, en encourageant une pause dans sa consommation durant le mois de janvier. Cette campagne de prévention s'inscrit pourtant dans une stratégie de réduction des risques, largement recommandée par les experts en santé publique pour améliorer la santé des citoyens et réduire les dépenses liées aux pathologies liées à l'alcoolisme. Le soutien financier de l'État permettra de lui donner une plus grande ampleur, notamment en ciblant les populations les plus vulnérables, traditionnellement plus éloignées des campagnes de prévention.

¹⁴ Le coût social des drogues : estimation en France en 2019, OFDT, 2023.

Le financement de cette campagne est proposé à travers un redéploiement de crédits du programme qui finance notamment des aides à la filière viticole. Toutefois, le gage financier lié à cette réaffectation budgétaire pourrait être levé par le gouvernement.