

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

PROJET DE LOI DE FINANCES

2026

Les propositions d'amendements
de la Fédération Addiction

Sommaire

La Fédération Addiction est **le premier réseau national d'expertise et d'accompagnement dans le champ des drogues et des addictions**. Elle réunit 850 établissements et services de santé et plus de 500 professionnels issus du soin, de la prévention, de l'éducation, de l'accompagnement social et de la réduction des risques.

Actrice de terrain et interlocutrice reconnue des pouvoirs publics, **la Fédération Addiction porte une approche globale et pragmatique des addictions**, qu'elles concernent des substances légales ou illégales, et œuvre pour une santé publique fondée sur la prévention, la réduction des risques et l'accès aux soins pour tous.

Les amendements présentés par la Fédération Addiction s'appuient sur cette expertise de terrain et sur les besoins constatés au quotidien par les professionnels

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

PLFSS 2026

Affirmer la place de la santé mentale dans les parcours d'accompagnement préventif dédiés	3
Prévenir les affections liées à l'alcool : instaurer un prix minimum par unité d'alcool.....	4
Prévenir les addictions et les affections liées aux consommations de drogues : financer de manière pérenne les actions de prévention des addictions.....	5
Prévenir les affections en incluant les mineurs et les populations spécifiques dans les rendez-vous de prévention.....	6
Renforcer l'accès aux soins en soutenant les actions « d'aller-vers », notamment en termes de prévention des addictions.....	8
Renforcer l'accès aux soins des personnes précaires consommatrices de drogues : pérenniser les haltes soins addictions	10
Prolonger l'expérimentation des haltes soins addictions	13
Renforcer l'accès aux soins d'urgence en protégeant les personnes portant assistance aux victimes	14
Renforcer l'accès aux soins des femmes : mettre en place une expérimentation d'espaces dédiés aux femmes dans les CAARUD	15
Renforcer l'accès aux soins des femmes : mettre en place une expérimentation d'espaces dédiés aux femmes dans les CSAPA	17

PLF 2026

Protéger les outils de lutte contre le tabagisme.....	19
Compenser les financements non perçus par les établissements de santé au titre des revalorisations salariales Ségur annoncées et non versées à dater	20
Orienter la politique des drogues vers plus de prévention des addictions et d'accès aux soins	22
Financer la campagne du Dry January	24

Affirmer la place de la santé mentale dans les parcours d'accompagnement préventif dédiés

L'ARTICLE 19 est ainsi modifié :

À la suite du premier alinéa de la section 15 est insérée la phrase suivante :

« Ce parcours prend en compte, de manière adaptée, les risques d'évolutions somatiques ainsi que les risques d'évolutions psychiques. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

La santé mentale a été désignée Grande Cause nationale 2025, reconnaissant ainsi l'urgence de mieux la prendre en compte dans l'ensemble des politiques publiques de santé. Le présent amendement vise à affirmer explicitement sa pleine intégration dans les parcours d'accompagnement préventif, rappelant par là même que les troubles psychiques chroniques bénéficient du statut légal d'affection de longue durée.

En effet, les pathologies somatiques chroniques ont un impact certain sur la santé mentale. Par exemple, une personne sur cinq souffrant d'hypertension artérielle, de diabète, d'arthrose ou de fibromyalgie présente un trouble dépressif longue durée¹. De même, le risque de développer une addiction est accru chez les patients soumis à des traitements médicamenteux prolongés, tels que les antidouleurs opioïdes.

En parallèle, les personnes concernées par une affection psychique chronique présentent bien souvent plusieurs autres pathologies psychiatriques associées ; par exemple, l'association d'une dépression chronique et de troubles de l'humeur persistants. Les maladies somatiques sont également plus prévalentes chez ces personnes (par exemple, les personnes bipolaires sont davantage concernées par les maladies cardiovasculaires et le diabète de type II) et elles sont associées à des conséquences plus graves².

Par cet amendement, il s'agit donc de renforcer la mise en œuvre d'un parcours préventif intégré, garantissant une approche cohérente des déterminants somatiques et psychiques de la santé.

¹ Étude « *Comorbidity between major depressive disorder and physical diseases: a comprehensive review of epidemiology, mechanisms and management* », World Psychiatry, 2023

² Programme pluriannuel « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030, HAS, 2024

Prévenir les affections liées à l'alcool : instaurer un prix minimum par unité d'alcool

Après l'ARTICLE 19, l'article suivant est inséré :

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

La prévention de l'augmentation des affections de longue durée repose également sur des **leviers structurels**, à l'image de la **fiscalité de l'alcool** sur laquelle porte cet amendement.

En effet, l'alcool est une cause majeure de mort prématurée et de maladie chronique : il est à l'origine de 49 000 morts prématurées par an et constitue la deuxième cause de cancer évitable en France.

Or, 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 (PHS) a mené une évaluation de cette politique dont les résultats sont édifiants : la mesure du prix minimum est, à elle seule, à l'origine d'une **baisse de 13,4 % des décès** et de **4,1 % des hospitalisations** directement attribuables à l'alcool. L'analyse montre également que, si les ventes d'alcool ont reculé de 3%, le prix minimum n'a pas eu d'impact sur la santé de l'industrie de l'alcool du pays – contrairement à ce qu'affirment les lobbys alcooliers français affirment lorsque le sujet de la diminution de consommation d'alcool est abordé.

Prévenir les addictions et les affections liées aux consommations de drogues : financer de manière pérenne les actions de prévention des addictions

Après l'ARTICLE 19, l'article suivant est inséré :

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

La prévention des addictions est un levier essentiel pour limiter l'essor des affections de longue durée. Si elle fait partie des missions obligatoires des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), ceux-ci dépendent aujourd'hui d'appels à projets temporaires, qui empêchent toute stratégie durable et freinent la mise en œuvre d'actions d'« aller-vers » auprès des publics les plus vulnérables.

Cet amendement vise donc à inscrire de manière pérenne le financement des missions de prévention des CSAPA dans l'ONDAM, afin de garantir la continuité et l'efficacité de leurs actions.

Au-delà de l'enjeu sanitaire, mieux financer la prévention est un choix pragmatique pour les finances publiques : par exemple, selon l'évaluation du programme de prévention au collège *Unplugged*, 1 € investi dans la prévention des addictions permet d'éviter jusqu'à 150 € de coûts à long terme³.

Financer durablement la prévention des addictions, c'est donc éviter des dépenses futures considérables pour l'assurance maladie, tout en renforçant la santé publique et la cohésion sociale.

³ [Estimation du retour sur investissement du programme Unplugged dans le contexte français](#), Santé publique France, 2025

Prévenir les affections en incluant les mineurs et les populations spécifiques dans les rendez-vous de prévention

Amendement proposé par l'Uniopss et soutenu par la Fédération Addiction

Après l'ARTICLE 19, l'article suivant est inséré :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« En fonction des besoins de la personne, et notamment pour les populations mentionnées au deuxième, quatrième et cinquième alinéas du présent article, des professionnels du médico-social et du social peuvent être conviés par le

professionnel de santé en charge de la réalisation des rendez-vous de prévention mentionnés au premier alinéa du présent article. Si la situation l'exige, le parcours coordonné renforcé mentionné à l'article L. 4012-1 est mis en place. La liste des professionnels du médico-social et du social pouvant être associés aux rendez-vous de prévention mentionnés au premier alinéa du présent article est prise par arrêté du ministre en charge de la santé.

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

EXPOSÉ 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 mineurs. À ce jour, aucun mécanisme équivalent ne leur est dédié, ce qui contredit 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 mineurs 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.

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

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

La médecin du travail et la médecin scolaire doivent également être, à minima, informées de ce rendez-vous et des suites qu'il lui est donné, pour adapter au mieux leur accompagnement de la personne dans ces milieux.

Renforcer l'accès aux soins en soutenant les actions « d'aller-vers », notamment en termes de prévention des addictions

L'ARTICLE 21 est ainsi modifié :

Après le III., il est inséré :

IV. Le I de l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements et services sociaux et médico-sociaux qui mettent en œuvre des actions de prévention peuvent, dans le cadre de leurs missions, exercer des actions dites « d'aller-vers », en se déployant hors les murs afin de repérer, accompagner et orienter les publics concernés, et de favoriser l'accès aux droits et à la santé. Ces missions d'aller-vers sont reconnues comme partie intégrante de leurs missions de prévention. »

V. L'article D3411-8 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les actions de prévention peuvent inclure des actions dites « d'aller-vers » au sens du dernier alinéa du I de l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Aujourd'hui, l'accès aux soins et à la prévention reste inégalement assuré, surtout pour les populations éloignées du système de santé.

Les actions « d'aller-vers », qui consistent à sortir les professionnels de leurs murs institutionnels pour aller à la rencontre des publics, sont aujourd'hui une pratique reconnue sur le terrain pour repérer précocement, accompagner et orienter vers les dispositifs. Or, dans le cadre législatif actuel, ces actions ne sont pas toujours reconnues ou clairement inscrites comme partie intégrante des missions de prévention des structures sociales ou médico-sociales. Cela limite leur légitimité juridique et leur déploiement.

Le présent amendement propose de combler cette lacune en :

- reconnaissant explicitement dans le code de l'action sociale et des familles que les établissements et services sociaux et médico-sociaux peuvent inclure des actions d'« aller-vers » dans leurs missions de prévention ;

- assurant la cohérence avec le droit existant en santé publique, en précisant dans le code de la santé publique que les actions de prévention peuvent incorporer cette modalité d'« aller-vers ».

Cet ajustement vise à renforcer l'accès aux soins, à encourager les démarches proactives de prévention notamment dans le champ des conduites addictives et à donner aux acteurs de proximité un cadre plus clair et légitime pour intervenir avec efficience sur les territoires les plus fragiles.

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

Amendement proposé par la Fédération Addiction et soutenu par AIDES, la Fédération des acteurs de la solidarité et l'Uniopss

L'ARTICLE 21 est ainsi modifié :

I. Après le III., il est inséré :

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

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

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

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

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

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

« Le professionnel intervenant au sein d'une halte “soins addictions” et qui agit conformément à sa mission de supervision et d'accès aux soins ne peut

être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants. »

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

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

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

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

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

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

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

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

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

- pour les finances publiques : en dix ans, les HSA ont permis de réduire d'environ 11 millions d'euros les dépenses liées à la prise en charge médicale des consommateurs de drogues.

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

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

Prolonger l'expérimentation des haltes soins addictions

Amendement proposé par la Fédération Addiction et soutenu par AIDES

APRÈS L'ARTICLE 20, insérer l'article suivant

Au premier alinéa de l'article 43 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, la date « 31 décembre 2025 » est remplacée par la date « 31 décembre 2026 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement de replis vise à prolonger l'expérimentation des haltes soins addiction (HSA) au-delà du 31 décembre 2025.

Les HSA, expérimentées depuis 2016 à Paris et Strasbourg, ont démontré leur efficacité en matière de santé publique et de tranquillité urbaine, comme l'ont confirmé les évaluations conjointes de l'INSERM, de l'IGAS et des Hospices civils de Lyon.

La fermeture de ces services au 31 décembre 2025 priverait plusieurs centaines de personnes en grande précarité d'un accès sécurisé aux soins et à la prévention et entraînerait le retour de nombreuses consommations dans l'espace public.

Dans l'attente d'une inscription pérenne dans le droit commun, cette prolongation temporaire constitue donc une mesure de responsabilité et de continuité de la politique de santé publique.

Renforcer l'accès aux soins d'urgence en protégeant les personnes portant assistance aux victimes

Amendement proposé par la Fédération Addiction et soutenu par AIDES et l'Uniopss

APRÈS L'ARTICLE 21, 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

Cet amendement vise à renforcer l'accès aux soins d'urgence. En effet, 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 Canada⁴ 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.

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

Renforcer l'accès aux soins des femmes : mettre en place une expérimentation d'espaces dédiés aux femmes dans les CAARUD

Amendement proposé par la Fédération Addiction et la Fédération des acteurs de la solidarité

À L'ARTICLE 49, insérer l'article suivant

I-À la troisième ligne de la seconde colonne du tableau de l'alinéa 2, substituer au montant : « 111,8 »

le montant : « 110,6 ».

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

le montant : « 4,5 »

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)

Renforcer l'accès aux soins des femmes : mettre en place une expérimentation d'espaces dédiés aux femmes dans les CSAPA

Amendement proposé par la Fédération Addiction et la Fédération des acteurs de la solidarité

À L'ARTICLE 49, insérer l'article suivant

I-À la troisième ligne de la seconde colonne du tableau de l'alinéa 2, substituer au montant : « 111,8 »

le montant : « 108,8 ».

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

le montant : « 6,3 »

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

Protéger les outils de lutte contre le tabagisme

À L'ARTICLE 23

- I. Supprimer l'article L314-16
- II. À l'article L314-19, supprimer le 4°
- III. À l'article L314-24-2, supprimer les deux dernières lignes du tableau
- IV. Supprimer les articles L3513-18-1, L3513-18-2, L3513-18-3 et L3513-18-4
- V. Avant l'article L3515-6-14, supprimer les mots « produits du vapotage ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à préserver l'attractivité du vapotage, un outil reconnu et efficace de réduction du tabagisme.

Alors même que Santé publique France annonçait le 15 octobre une forte baisse du tabagisme — avec 4 millions de fumeurs en moins en dix ans — il serait paradoxal, voire contre-productif, d'introduire une nouvelle taxation sur le vapotage.

Pour des millions de fumeurs, le vapotage constitue le principal levier de réduction ou d'arrêt du tabac. Cette position est largement partagée par les professionnels de santé et de l'addictologie, qui accompagnent au quotidien les fumeurs dans leur démarche d'arrêt : tous soulignent que taxer la vape reviendrait à freiner un outil majeur de santé publique, en incitant une partie des usagers à revenir vers le tabac fumé, bien plus nocif.

Les données scientifiques sont aujourd'hui sans équivoque. La revue systématique *Cochrane* (2023) conclut à un niveau de preuve élevé de l'efficacité de la cigarette électronique nicotinée pour l'arrêt du tabac, supérieure aux substituts nicotiniques classiques pour le maintien de l'abstinence au-delà de six mois.

Contrairement à une idée reçue, ce n'est pas la nicotine mais la combustion du tabac qui provoque la plupart des pathologies cardiovasculaires, pulmonaires et cancéreuses. Le vapotage permet de délivrer la nicotine sans combustion, réduisant ainsi les risques jusqu'à 95 % selon *Public Health England*.

Taxer cet outil de réduction des risques reviendrait donc à affaiblir l'une des politiques de santé publique les plus efficaces contre le tabagisme de ces dernières années.

Compenser les financements non perçus par les établissements de santé au titre des revalorisations salariales Ségur annoncées et non versées à dater

Amendement proposé par Sidaction et soutenu par la Fédération Addiction et AIDES

À L'ARTICLE 49

I. – À la deuxième ligne de la seconde colonne du tableau de l'alinéa 2, substituer au nombre : « 114,9 » le nombre : « 113,4 ».

II. – En conséquence, à la troisième ligne de la même colonne du même tableau du même alinéa, substituer au nombre : « 111,8 » le nombre : « 112,3 »

III. – En conséquence, à la quatrième ligne de ladite colonne dudit tableau dudit alinéa, substituer au nombre : « 18,2 » le nombre « 18,7 ».

IV. – À la cinquième ligne de ladite colonne dudit tableau dudit alinéa, substituer au nombre : « 16 » le nombre « 16,5 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à compenser les financements non perçus par les établissements privés à but non lucratif du secteur sanitaire, social et médico-social au titre des revalorisations salariales Ségur annoncées et non versées à date. L'absence de compensation financière adaptée menace la pérennité de nombreuses associations notamment celles dont l'objet social est la lutte contre le VIH, l'égalité entre les femmes et les hommes et l'accompagnement des personnes en situation d'addiction.

Les auteurs de cet amendement rappellent que l'extension de la prime Ségur aux salariés des établissements privés à but non lucratif du secteur sanitaire, social et médico-social, intervenue le 6 août 2024, a été saluée comme une avancée majeure pour corriger une injustice historique. Cependant, cette mesure, bien que nécessaire, se traduit par un surcoût immédiat et insoutenable pour les associations déjà fragilisées par des financements publics précaires.

En effet, l'application rétroactive de cette prime au 1er janvier 2024 engendre des déficits structurels pour des structures notamment dans le domaine de la lutte contre le VIH comme pour les associations Envie ou Les Petits Bonheurs, qui accompagnent des publics vulnérables vivant avec le VIH.

Les associations concernées, dont les budgets reposent notamment sur des subventions publiques, n'ont reçu aucune garantie de compensation de la part des financeurs comme les ARS. Cette situation place ces structures dans une impasse financière, les contraignant à réduire leurs effectifs, geler leurs embauches, voire supprimer des actions essentielles pour les personnes accompagnées. AIDES, première association de lutte contre le VIH, se voit contrainte de mettre en place un plan de sauvegarde de l'emploi. Ces actions auront un impact négatif direct sur les bénéficiaires, l'épidémie du VIH en France et la santé publique en général.

Les auteurs de cet amendement soulignent que l'absence de financement dédié dans le projet de loi de finances pour 2025 aggrave cette crise.

Pour respecter les règles de recevabilité financière, cet amendement procède à une baisse des crédits alloués aux dépenses de soins de ville et à une augmentation des crédits alloués aux dépenses relatives aux établissements de santé, aux établissements et services pour personnes âgées, aux établissements et services pour personnes handicapées.

La diminution des moyens dévolus aux dépenses de soins de ville est purement formelle afin de répondre aux contraintes de l'article 40 de la Constitution. Nous appelons le Gouvernement à compenser en conséquence cette dépense.

Orienter la politique des drogues vers plus de prévention des addictions et d'accès aux soins

Amendement proposé par la Fédération Addiction et soutenu par AIDES

ARTICLE 49, ÉTAT B

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

(en euros)		
Programmes	+	-
Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	625 000 000	0
Police nationale	0	500 000 000
Gendarmerie nationale	0	125 000 000
TOTAUX	625 000 000	625 000 000
SOLDE	0	

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à réorienter une part substantielle des crédits actuellement alloués à la répression des 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 an⁵ pour la lutte contre la drogue et les conduites addictives et 80 % de ce budget est consacré à la répression de la consommation, 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.

⁵ 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 trafics⁶. 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 25 % 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.

⁶ Ivana Obradovic, Drogues et addictions : 20 ans d'évolutions en France, 2021

Financer la campagne du Dry January

ARTICLE 49, ÉTAT B

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

(en euros)		
Programmes	+	-
Compétitivité et durabilité de l’agriculture, de l’agroalimentaire et de la forêt	0	2 500 000
Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	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 cout de l’alcool pour les finances publiques s’élève à 3,3 milliards d’euros⁷. Son efficacité a été démontrée : selon l’étude JANOVER (Centre hospitalier Le Vinatier, 2024), menée auprès de 2 123 participants, 64 % d’entre eux présentaient une consommation « à risque » ou « nocive » avant le mois de janvier, le Dry January touche donc un public plus à risque. Et neuf mois après, 58 % avaient diminué leur consommation d’alcool : ces résultats confirment que la campagne atteint ses objectifs de changement durable des comportements.

Le soutien financier de l’État permettrait de donner à cette initiative une plus grande ampleur, notamment en ciblant les populations les plus vulnérables, traditionnellement plus éloignées des campagnes de prévention. Le financement de cette campagne est proposé à travers un redéploiement de crédits du programme finançant notamment des aides à la filière viticole. Toutefois, le gage financier lié à cette réaffectation budgétaire pourrait être levé par le gouvernement.

⁷ Le coût social des drogues : estimation en France en 2019, OFDT, 2023.