



PLFSS

PROPOSITION D'AMENDEMENTS POUR LE BUDGET 2024

Sommaire

Amendement n°1 : Prise en charge des parcours coordonnés renforcés	3
Amendement n°2 : Pérennisation du dispositif Halte soins addictologie et accélération de son déploiement	5
Amendement n°3 : Utilisation de la grille Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)	7
Amendement n°4 : Simplification et mise en cohérence du mode de financement des ESSMS	9
Amendement n°5 : Soutien au financement des exercices visant à lutter contre les cyberattaques	10
Amendement n°6 : Prise en charge des revalorisations salariales dans l'ONDAM 2024	12
Amendement n°7 : Prise en charge des revalorisations salariales dans la branche autonomie	14
Amendement n°8 : Élargir l'éligibilité du fonds d'urgence dédié au soutien financier des EHPAD en difficulté à l'ensemble des acteurs de l'action sociale et médico-sociale	15
Amendement n°9 : Unification et simplification de l'affectation des résultats dans le cadre des CPOM	16
Amendement n°10 : Simplification de la procédure relative aux frais de siège des associations ayant conclu des CPOM avec les ARS et les conseils départementaux	17
Amendement n°11 : Demande de rapport sur les EHPAD en difficulté	19
Amendement n°12 : Demande de rapport sur le différentiel entre les besoins en matière de revalorisations salariales Ségur et les financements réels alloués par les autorités de tarification	20
Amendement n°13 : Pérennisation de la mise en œuvre du baluchonnage	21



Nexem est la principale organisation professionnelle des employeurs associatifs du secteur social, médico-social et sanitaire. Elle représente plus de 11 000 établissements et services employant plus de 330 000 professionnels dans cinq champs d'activité : le handicap, la protection de l'enfance, l'autonomie des personnes âgées, la protection juridique des majeurs et la lutte contre les exclusions.

Plus d'informations sur [nexem.fr](https://www.nexem.fr)

Amendement n°1

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 22

I. – Le 1° du I de l'article L.162-31-1 code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Après les mots : « parcours des patients » sont ajoutés les mots : « et des personnes accompagnées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux ».

II. – Le 1er alinéa du 1° du I de l'article L.162-31-1 code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Après les mots : « parcours de santé » sont ajoutés les mots : « et l'accompagnement social et médico-social ».

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

EXPOSÉ DES MOTIFS

La loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits. Il s'agit de tester de nouvelles approches puisque ce dispositif permet de déroger à de nombreuses règles de financement de droit commun, applicables en ville comme en établissement hospitalier ou médico-social.

Le décloisonnement opéré entre les secteurs en vue de favoriser l'accompagnement global de la personne, quel que soit le professionnel concerné, n'a été que partiel. En effet, le parcours des personnes s'est alors limité aux seuls secteurs sanitaire et médico-social, en traitant de façon incidente le secteur social.

Or, le secteur social compte au même titre que le secteur sanitaire et médico-social dans la réussite du parcours des personnes accompagnées qui circule d'un secteur à l'autre.

Pour remédier à ce déséquilibre, cet amendement propose des modifications de l'article L.162-31-1 code de la sécurité sociale afin de **permettre aux structures du secteur social de pouvoir bénéficier pleinement de ce dispositif dérogatoire et d'émarger sur l'enveloppe dédiée.**

Cet amendement a été travaillé en collaboration avec Nexem, principale organisation professionnelle représentant les employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif.

Amendement n°2

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 26

L'article 43 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est ainsi modifié :

I. – Au premier alinéa, supprimer les mots : « À titre expérimental et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025 ».

II. – Au second alinéa, remplacer les mots : « L'expérimentation » par « Le dispositif ».

III. – Le IV de l'article 43 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est supprimé.

IV. – Après le sixième alinéa, est ajouté un paragraphe ainsi rédigé :

« Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de 6 mois à compter de la promulgation de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, un rapport sur les moyens d'accélérer la création des « Halte soins addictions » (HSA) sur l'ensemble du territoire. »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Commandée par la MILDECA à l'Inserm, l'évaluation des salles de consommation à moindre risque (SCMR) de Paris et de Strasbourg, - aujourd'hui dénommées Halte Soins Addiction - , publiée en 2021 conclut à des effets positifs en termes de santé publique.

L'accès à ces structures permet d'améliorer la santé de ces personnes (baisse des infections au VIH et au virus de l'hépatite C, des complications cutanées dues aux injections et des overdoses), et de diminuer les passages aux urgences.

Des coûts médicaux importants sont ainsi évités (l'évaluation médico-économique estime à 11 millions d'euros les coûts médicaux évités chez les usagers de drogues fréquentant les SCMR). Les injections et le nombre de seringues abandonnées dans l'espace public diminuent, garantissant une meilleure sécurisation de l'espace public. L'évaluation ne met par ailleurs pas en évidence de détérioration de la tranquillité publique liée à l'implantation des salles.

La MILDECA rapporte que « Les SCMR ont fait la preuve de leur efficacité ».

L'évaluation des expérimentations menées à Paris et Strasbourg démontre cependant que de nouvelles implantations méritent d'être étudiées, en fonction des contextes locaux, en complément des autres dispositifs d'accompagnement, de RDRD, et de sécurisation de l'espace public.

L'extension de l'expérimentation des « Halte soins addictions » (HSA) est prévue à un rythme de deux nouvelles créations par an dans le cadre de l'expérimentation. Un rythme bien en deçà des besoins de la population française.

En comparaison, la Suisse et l'Espagne disposent chacune d'une quinzaine de salles, quand les Pays-Bas et l'Allemagne en ont ouvert une trentaine contre deux salles en France ouverte depuis 2016. Pour 12 millions d'habitants, l'agglomération parisienne notamment ne dispose que d'une salle.

Aussi, cet amendement propose d'**entériner dans la loi le dispositif des Haltes soins addictions et sollicite auprès du Gouvernement un rapport pour accélérer la création des « Halte soins addictions » (HSA) sur l'ensemble du territoire.**

Cet amendement a été travaillé en collaboration avec Nexem, principale organisation professionnelle représentant les employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif.

Amendement n°3

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 22

I. – Le code de l'action sociale et des familles est complété par un article R232-3-1 ainsi rédigé :

« À titre expérimental, pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi et dans 6 départements pilotes, le degré de perte d'autonomie des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne est évalué par référence au système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). Les départements concernés et les modalités d'application de l'expérimentation sont définis par décret. »

II. – A l'article R232-4 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « grille nationale » sont ajoutés les mots : « et les personnes classées dans les profils Iso-SMAF 4,6, 9, 13 et 13 ».

EXPOSÉ DES MOTIFS

L'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie en France est historiquement basé sur la mesure de leurs incapacités. Le GIR (groupe iso-ressources) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR. Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible.

Basé sur cet outil mesurant la perte d'autonomie via les incapacités des personnes âgées, le financement actuel ne s'appuie pas ou peu sur les effets positifs d'un accompagnement en institution sur l'autonomie de la personne.

Il est fondamental de prendre en compte les externalités positives de l'accompagnement de nos aînés, en se fondant sur leurs capacités et capabilités, à savoir inciter les personnes à faire elles-mêmes le plus possible et à faire preuve d'auto-détermination.

L'approche par les capacités doit avoir pour conséquence d'accroître la qualité de service, le bien-être des résidents mais également le sens et la désirabilité du travail de soignant en gérontologie.

Plusieurs outils utilisés à l'international dont le **Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)** permettent d'organiser l'évaluation des personnes accompagnées à domicile et en établissement à partir des capacités et capabilités des personnes. La démarche SMAF est une philosophie de soins et d'accompagnement valorisant le maintien de l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée ou handicapée.

La grille d'évaluation SMAF permet d'évaluer 29 activités regroupées en 5 dimensions de l'autonomie fonctionnelle :

- Activités de la vie quotidienne (AVQ)
- Mobilité
- Communication
- Fonctions mentales
- Activités de la vie domestique

Puisqu'il est informatisé, le SMAF permet de suivre l'évolution d'une situation et d'obtenir une synthèse visuelle des incapacités et du niveau d'aide requise. De plus, la classification en Profils Iso-SMAF est établie à partir de tous les items du SMAF et non seulement à partir de quelques variables.

Les profils Iso-SMAF regroupent des individus avec des incapacités semblables générant des services et coûts similaires. À la suite d'une évaluation SMAF, les usagers sont classés parmi les 14 profils Iso-SMAF selon l'intensité et le type de service requis pour le maintien de leur autonomie.

Le présent amendement vise à **créer une expérimentation dans 6 départements pilotes afin d'identifier les impacts positifs de ce changement de pratiques, en vue de basculer vers un nouveau modèle tarifaire.**

Cet amendement a été travaillé en collaboration avec Nexem, principale organisation professionnelle représentant les employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif.

Amendement n° 4

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 37

I. – À titre expérimental, pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi et dans trois régions, par dérogation à l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, les établissements pour personnes âgées dépendantes mentionnés au 6° de l'article L. 312-1 du même code sont financés par un forfait global relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie dont le montant est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé.

II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article, ainsi que les territoires concernés par cette expérimentation.

III. – Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement dans un délai de six mois.

EXPOSÉ DES MOTIFS

L'amendement proposé poursuit la **volonté de simplification et de cohérence du mode de financement des établissements, proposé dans l'article 37, en allant plus loin, par le transfert d'une partie des prestations et coûts d'hébergement en EHPAD sur la nouvelle section soins/dépendance dans une approche globale du « care ».**

Les prestations historiques de l'hébergement pourront alors être recentrées sur « le gîte et le couvert ».

Les prestations à visée socio-éducatives et ludiques quant à elles pourraient ainsi être reversées dans la section soins/ dépendance.

Cet amendement a été travaillé en collaboration avec Nexem, principale organisation professionnelle représentant les employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif.

Amendement n°5

ARTICLE 41

Après le troisième alinéa de l'article 41, il est ajouté un paragraphe rédigé comme suit :

« Pour l'année 2024, le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé permet de financer les exercices de cyberattaques dans les établissements et services du secteur social et médico-social à hauteur de 10 millions d'euros ».

EXPOSÉ DES MOTIFS

Depuis 2023, chaque établissement du secteur sanitaire organise un exercice de cyberattaque au moins une fois par an, conformément aux exigences des directives européennes NIS 1 et 2 (« Network and Information Security »). La persistance d'un niveau élevé de menace cyber justifie le besoin de préparation et d'anticipation pour faire face à des attaques et incidents d'origine malveillante.

Le secteur social et médico-social qui traite, collecte et échange nombre de données de santé ou données sensibles au sens informatique et libertés, est aussi régulièrement la cible d'attaques cyber.

Or au même titre que toute autre organisation les établissements et services du secteur social et médico-social (ESSMS) doivent être en capacité d'anticiper la survenue de cyberattaques pour limiter leur impact et continuer du mieux possible à exercer leurs missions.

Il s'agit alors d'organiser un système de sécurité cyber pour les établissements et services du secteur social et médico-social, en sanctuarisant une partie des crédits du FMIS (Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé) pour financer les exercices de cyberattaques et organiser leur mise en œuvre pour 2024 avec l'appui de prestataires experts, selon les mêmes modalités que celles prévues pour le secteur sanitaire et détaillées dans l'instruction N° SHFDS/FSSI/2023/15 du 30 janvier 2023 relative à l'obligation de réaliser des exercices de crise cyber dans les établissements de santé et à leur financement, mise en conformité directive européenne.

Dans le cadre du Ségur du numérique, un montant de 10 millions d'euros a été décidé pour soutenir la mise en œuvre de ces exercices sur les années 2022/2023. Ce montant est exclusivement dédié à des prestations d'animation de ces exercices de crises en priorité par les établissements supports de groupements hospitaliers de territoire (GHT), désignés OSE, et par les établissements de santé (publics, privés). Ces financements seront octroyés aux ARS dans le cadre d'un abondement au Fonds d'intervention régional (FIR).

L'obligation européenne de mettre en place des exercices de cyberattaque intervenant dès 2024 pour le secteur SMS, il est urgent de **mobiliser d'ores et déjà une enveloppe budgétaire a minima du même montant (10 millions pour les ESSMS en 2024) que celle prévue pour le secteur sanitaire** qui compte cinq fois moins de structures que le secteur social et médico-social.

Cet amendement a été travaillé en collaboration avec Nexem, principale organisation professionnelle représentant les employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif.

Amendement n° 6

ARTICLE 43

L'article 43 est rédigé comme suit :

Pour l'année 2024, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	108,4
Dépenses relatives aux établissements de santé	105,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	16,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	15,2
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement	6,1
Dépenses relatives aux revalorisations salariales et des négociations conventionnelles de la branche de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif	3,5
Autres prises en charge	3,3
Total	258,4

EXPOSÉ DES MOTIFS

La progression de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) pour 2024 a fait l'objet d'une évolution à la hausse pour tenir compte des revalorisations salariales découlant des annonces du 12 juin 2023, mais également du financement des mesures d'attractivité à l'hôpital et des négociations conventionnelles, ainsi que de l'amélioration de l'accès aux produits de santé.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux sont également très fortement impactés par les problématiques d'attractivité des métiers du soin comme de l'accompagnement et nombre d'entre eux voient leurs effectifs impactés par les conséquences des écarts de salaires induits par les mesures de revalorisation ne touchant que le secteur sanitaire.

Cet amendement vise à **assurer le financement des mesures d'attractivité des métiers et des négociations conventionnelles attendues et l'équité de traitement**, eu égard aux établissements et services sociaux et médico-sociaux privés à but non lucratif financés exclusivement par dotation publique.

En conséquence, **l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) pour 2024 est fixé à 258,4 milliards d'euros, soit une évolution de +4 % par rapport à 2023, hors dépenses de crise.**

Cet amendement a été travaillé en collaboration avec Nexem, principale organisation professionnelle représentant les employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif.

Amendement n°7

ARTICLE 48

À l'article 48, le montant : « 39,9 » est remplacé par le montant : « 43,4 ».

EXPOSÉ DES MOTIFS

Pour l'année 2024, les objectifs de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale sont fixés à 43,4 milliards d'euros, en augmentation de 6 % par rapport à 2023. L'article 5 de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a créé une cinquième branche de la sécurité sociale dédiée à l'autonomie.

L'amendement proposé vise à **assurer le financement à hauteur de 3,5 milliards d'euros des mesures d'attractivité des métiers et des négociations conventionnelles attendues et l'équité de traitement** eu égard aux établissements et services sociaux et médico-sociaux privés à but non lucratif financés exclusivement par dotation publique.

Cet amendement a été travaillé en collaboration avec Nexem, principale organisation professionnelle représentant les employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif.

Amendement n°8

ARTICLE 3

Après le III de l'article 3, ajouter un alinéa ainsi rédigé :

« Le fonds d'urgence pour les établissements sociaux et médico sociaux (ESMS) en difficulté qui transite par les agences régionales de santé (ARS), mis en oeuvre à travers l'instruction ministérielle n°DGCS/SD5B/DGFIP/DSS/CNSA/2023/145 du 21 septembre 2023 relative à la mise en place des commissions départementales de suivi des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) en difficultés financières, est déployé pour l'ensemble du champ autonomie jusqu'en septembre 2024 et reconduit annuellement à la hauteur des difficultés de financement des structures publiques et privées à but non lucratif. »

EXPOSÉ DES MOTIFS

En juillet dernier, face au constat d'urgence des structures du champ du grand âge, le Gouvernement annonçait la création d'un fonds d'urgence de 100 millions d'euros à disposition des agences régionales de santé (ARS) pour les structures publiques mais aussi privées à la condition qu'elles soient à but non lucratif.

Force est de constater que la dégradation des situations financières touche également, au-delà du champ du grand âge, nombre d'autres ESSMS de l'action sociale et médicosociale. Cette extension des difficultés financières, notamment en lien avec les conséquences de l'inflation, mais aussi due ici où là au non financement de certaines mesures salariales liées au Ségur et aux accords Laforcade, nécessite d'étendre le périmètre du fond d'urgence créé en juillet dernier.

Le présent amendement d'appel vise à **rendre ce fonds d'urgence éligible à l'ensemble du champ autonomie en 2024** pour répondre à la situation critique rencontrée par les acteurs du secteur.

Cet amendement a été travaillé en collaboration avec Nexem, principale organisation professionnelle représentant les employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif.

Amendement n°9

ARTICLE 35 - ÉTAT B

Après le 3ème alinéa de l'article L.313-11-2 du code de l'action sociale et des familles, ajouter un alinéa ainsi rédigé :

« Ce contrat prévoit l'affectation des résultats d'exploitation des établissements, des services et des dispositifs par le gestionnaire selon les modalités et les conditions précisées au présent article. »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Cet amendement vise à **aligner les règles d'affectation des résultats des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans le secteur de l'Accueil-Hébergement-Insertion (AHI) sur celles du secteur des personnes en situation de handicap et du secteur des EHPAD.**

Des gestionnaires d'établissements sociaux et médico-sociaux interviennent sur plusieurs secteurs. L'unification des règles d'affectation des résultats dans le cadre des différents CPOM est une mesure de simplification pour les associations gestionnaires comme pour les différentes autorités publiques.

Cet amendement a été travaillé en collaboration avec Nexem, principale organisation professionnelle représentant les employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif.

Amendement n°10

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 37

Au VI de l'article L.314-7 du code de l'action sociale et des familles, il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé :

« Les organismes gestionnaires ayant conclu plusieurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens différents mentionnés à l'alinéa précédent, peuvent prélever des quotes parts de frais de siège dans le respect des équilibres budgétaires pluriannuels desdits contrats. En application de l'article L.313-14-2, les prélèvements jugés injustifiés ou excessifs au regard des indicateurs du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social sur les fonctions "administrer – gérer – manager - communiquer" peuvent être récupérés par les autorités administratives compétentes. »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Aujourd'hui, le maintien d'un taux de prélèvement unique sur tous les établissements sur la base des dépenses, va à l'encontre de la philosophie des CPOM : mutualisation, économies d'échelle, sanctuarisation et redéploiement des gains de productivité, recomposition de l'offre de services...

A titre d'exemple, centraliser des prestations « supports », comme la gestion comptable au siège, va entraîner une réduction des dépenses (personnels, consommables, prestations de service) dans les établissements et majorer en partie les dépenses du siège social.

Aussi, le siège est soumis à une double peine : plus de dépenses et moins de produits, si le taux de prélèvement a pour assiette les dépenses diminuées des établissements. Autant dire que cela pousse à l'inertie, au conservatisme, à l'inefficacité et à l'inefficience.

L'arrêté du 10 avril 2019 vient de généraliser les tableaux de bord de la performance dans le secteur médico-social, ce qui permet d'avoir un référentiel national des coûts sur les prestations « Gérer Manager Coopérer Communiquer », incluant les frais de siège. Ce référentiel devrait servir de boussole pour les gestionnaires et les autorités de contrôle.

Rappelons que dans le cadre d'un CPOM, les montants annuels des quotes-parts de frais de siège des ESSMS sous CPOM ne sont plus approuvés. Le gestionnaire a donc une liberté de prélèvement qui devrait davantage se baser sur les produits que sur les dépenses. Les prélèvements injustifiés ou excessifs peuvent faire l'objet d'une récupération en application de l'article L.313-14-2 du code de l'action sociale et des familles. Les autorités de contrôle ont bien les outils pour maintenir les gestionnaires dans la « tempérance ». Par exemple, l'article R.314-61 du code de l'action sociale et des familles, relatif aux études « coûts avantages », permet de d'imposer les meilleurs coûts entre la gestion mutualisée au niveau du siège, la gestion dispersée dans les établissements ou la sous-traitance externalisée.

Cet amendement vise à **concilier responsabilisation du gestionnaire, maîtrise des coûts et équité. Il vise enfin à rendre plus transparent le financement des frais de siège** que l'affaire ORPEA a interrogé et complète donc les nombreuses dispositions de cet article sur le contrôle et l'inspection.

Cet amendement a été travaillé en collaboration avec Nexem, principale organisation professionnelle représentant les employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif.

Amendement n°11

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 38

Dans un délai de 6 mois à compter de la promulgation de la loi de Financement de la sécurité sociale pour 2024, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport d'évaluation de la mise en œuvre de l'article 62 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 de l'article 62 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023..

Ce rapport détaille le nombre d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes présentant un déficit à la fin de l'année 2023, ainsi que le nombre d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en cessation des paiements. Le rapport présente des pistes d'amélioration de la situation de ces EHPAD en difficulté.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Dans un contexte de vieillissement de notre population, la prise en charge de nos aînés relève d'une priorité sociale et sociétale.

Or, entre manque d'attractivité et pression financière accrue à cause de l'inflation, la situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) se dégrade.

La situation des EHPAD publics est notamment très dégradée, selon les chiffres présentés par la Fédération Hospitalière de France (FHF) : près de 80 % des EHPAD publics (77,5 %) enregistrent un résultat déficitaire pour l'exercice 2022, contre 42 % en 2019.

Par ailleurs, la hausse des charges de ces établissements due à l'inflation a été pas ou peu compensée par l'augmentation des dotations publiques.

Le présent amendement vise à **assurer l'évaluation de la mise en œuvre de l'article 62 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 qui détaille le fonctionnement financier et administratif des EHPAD.**

Cet amendement a été travaillé en collaboration avec Nexem, principale organisation professionnelle représentant les employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif.

Amendement n°12

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 26

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'application de l'article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 ; de l'article 42 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 et de l'article 62 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

EXPOSÉ DES MOTIFS

En 2022, certaines professions du soin, du médico-social et du social étaient éligibles au bénéfice des mesures de revalorisation prises dans le cadre du « Ségur de la santé » et des accords dits « Laforcade ».

Nombre d'établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) ont annoncé n'avoir pas reçu de leur autorité de tarification et de contrôle les crédits correspondants.

Ce rapport s'attache à identifier le différentiel entre les besoins des établissements et services sociaux et médico-sociaux en matière de revalorisations salariales Ségur et les financements réels alloués par les autorités de tarification.

Il présente des pistes pour **rétablir les conditions d'un versement effectif de la rémunération des personnels concernés et pour assurer plus largement et durablement l'attractivité de tous les métiers des secteurs sanitaire, social et médico-social.**

Cet amendement a été travaillé en collaboration avec Nexem, principale organisation professionnelle représentant les employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif.

Amendement n°13

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 38

Après l'article 38, insérer un article ainsi rédigé :

« I. – Les établissements et services mentionnés aux 2°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles peuvent, lorsqu'ils recourent à leurs salariés volontaires ou à des salariés volontaires mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail et qu'ils ont placés dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 7232-6 du même code en vue d'effectuer des prestations de suppléance à domicile du proche aidant d'une personne nécessitant une surveillance permanente, ou lorsqu'ils réalisent ces prestations en dehors du domicile dans le cadre de séjours dits de répit aidants-aidés dont la liste est fixée par décret, déroger aux dispositions législatives et conventionnelles mentionnées au II du présent article, sous réserve du respect des dispositions du III.

La mise en œuvre de ces prestations ainsi que des dérogations prévues au II du présent article est portée à la connaissance de l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles, lorsqu'il s'agit de salariés des établissements ou services mentionnés au présent I, ou de l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 7232-1 du code du travail, lorsqu'il s'agit de salariés placés par les établissements et services mentionnés au présent I.

Elle est subordonnée à la délivrance d'une autorisation de service d'aide et d'accompagnement à domicile ou d'un agrément prévu à l'article L. 7232-1 du code du travail lorsque ces prestations ne sont pas comprises dans le champ d'une autorisation ou d'un agrément préexistant.

II. – Les salariés des établissements et services mentionnés au I du présent article ne sont soumis ni aux articles L. 3121-13 à L. 3121-26, L. 3122-6, L. 3122-7, L. 3122-17, L. 3122-18, L. 3122-24 et L. 3131-1 à L. 3131-3 du code du travail, ni aux stipulations relatives aux régimes d'équivalence, aux temps de pause, aux durées maximales quotidienne et hebdomadaire de travail, aux durées maximales quotidienne et hebdomadaire de travail de nuit et à la durée minimale de repos quotidien prévues par les conventions et accords collectifs applicables aux établissements et services qui les emploient.

Les salariés placés par les établissements et services mentionnés au I ne sont pas soumis aux stipulations relatives aux régimes d'équivalence, aux temps de pause, aux durées maximales quotidienne et hebdomadaire de travail, aux durées maximales quotidienne et hebdomadaire de travail de nuit et à la durée minimale de repos quotidien prévues par la convention collective des salariés du particulier employeur.

III. – La durée d’une intervention au domicile d’une personne mentionnée au II ou en dehors du domicile dans le cadre des séjours dits de répit aidants-aidés mentionnés au I du présent article ne peut excéder six jours consécutifs.

Le nombre de journées d’intervention ne peut excéder, pour chaque salarié, un plafond de quatre-vingt-quatorze jours, apprécié sur chaque période de douze mois consécutifs.

La totalité des heures accomplies pour le compte des établissements ou services mentionnés aux 2°, 6° et 7° du I de l’article L. 312-1 du code de l’action sociale et des familles par un salarié ne peut excéder un plafond de quarante-huit heures par semaine en moyenne, apprécié sur chaque période de quatre mois consécutifs. Pour l’appréciation de ce plafond, l’ensemble des heures de présence au domicile ou en établissement, ou sur le lieu de vacances lorsqu’il s’agit des séjours dits de répit aidants-aidés mentionnés au I du présent article, est pris en compte.

Les salariées bénéficient au cours de chaque période de vingt-quatre heures d’une période minimale de repos de onze heures consécutives. Cette période de repos peut être soit supprimée, soit réduite.

L’intervention ouvre droit à un repos compensateur équivalent aux périodes de repos et de pause dont les salariées n’ont pu bénéficier, qui peut être accordé en partie pendant l’intervention.

IV. – Les conditions d’application du présent article sont fixées par décret, notamment les conditions dans lesquelles l’établissement ou le service employant ou plaçant le salarié s’assure de l’effectivité du repos compensateur lorsque celui-ci est accordé pendant l’intervention. »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Cet amendement vise à **pérenniser la mise en œuvre du baluchonnage en France**. Il s’agit d’un service de répit et d’accompagnement à domicile avec un intervenant unique. Il est destiné aux proches aidants de personnes aidées en perte d’autonomie pour lesquelles le changement d’environnement et d’habitudes est hautement préjudiciable, ou encore pour celles qui ont des troubles si sévères qu’elles nécessitent un besoin de surveillance constant.

Il constitue l’un des piliers de la nouvelle stratégie nationale des aidants et un soutien à la politique d’autonomie.

Ce dispositif est devenu possible en France sur le plan juridique grâce à l'expérimentation de dérogations au droit du travail (l'expérimentation en cours permet d'intervenir 24h/24 jusqu'à 6 jours à domicile) dans le cadre de la mise en œuvre de prestations de suppléance à domicile du proche aidant ou dans le cadre de séjours de répit aidant-aidé notifié à l'article 53 de la Loi pour un Etat au service d'une société de confiance, dite Loi ESSOC du 18 août 2018.

Le présent amendement vise à **entériner ce dispositif dans le droit courant.**

Cet amendement a été travaillé en collaboration avec Nexem, principale organisation professionnelle représentant les employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif.

