

PROPOSITION

Budget 2027

mission Santé/ PLFSS

Liasse d'amendements de la FAS

Octobre 2026



**FÉDÉRATION
DES ACTEURS
DE LA SOLIDARITÉ**

Rédaction

Laurène RAJON
Responsable plaidoyer parlementaire et relations institutionnelles
laurene.rajon@federationsolidarite.org

Octobre 2026

Fédération des Acteurs de la solidarité - 76 rue du Faubourg Saint-Denis - 75010 Paris

Table des matières

Avis de la Fédération des acteurs de la solidarité sur le projet de finances et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027	4
Accès à la prévention et aux soins	6
Proposition de la FAS et l'UNIOPSS : Pérennisation de l'expérimentation des Structures d'Exercice Coordonné Participatif (SECPA), à étendre leur modèle aux territoires ruraux et à sécuriser leur financement.....	6
Proposition d'amendement : Compensation des frais d'évaluation pour les Lits Halte Soins Santé (LHSS), Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) et les Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT)	8
Addictions et précarité	10
Proposition d'amendement de la FAS et la Fédération Addiction : mise en place d'une expérimentation d'espaces dédiés aux femmes dans les CSAPA.....	10
Proposition d'amendement de la FAS et la Fédération Addiction : mise en place d'une expérimentation d'espaces dédiés aux femmes dans les CAARUD.....	12
Santé mentale des personnes en situation de précarité.....	15
Proposition d'amendement de la FAS et l'UNIOPSS : Renforcement et déploiement des équipes mobiles psychiatrie et précarité sur l'ensemble du territoire	15
Prolonger le financement de la mesure 9 des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie pour assurer la prise en charge de la santé mentale des personnes en situation de précarité	17
Santé mentale des adolescents.....	19
Amendement de l'ANMDA, la FAS et l'UNIOPSS : Garantir le renforcement des financements des Maisons des adolescents en 2027.....	19
Demande d'un rapport sur la santé mentale des personnes en situation de précarité.....	21
Santé des personnes exilées.....	23
Proposition d'amendement du Comede, de la FAS et Kolone : prise en charge de l'interprétariat professionnel dans le secteur du médico-social sur tout le territoire national	23
Vieillesse des personnes en situation de précarité	25
Expérimentation d'un dispositif d'interface médico-sociale pour l'accompagnement des personnes âgées en situation de grande précarité.....	25

Avis de la Fédération des acteurs de la solidarité sur le projet de finances et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027

Dans le cadre de l'examen du projet de loi de finances (PLF) et du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour l'année 2027, la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) soumet aux parlementaires une série d'amendements en faveur d'un budget plus juste et solidaire. Basées sur l'expertise de terrain de son réseau associatif, sur les constats issus de l'accompagnement quotidien des personnes en situation de précarité, ainsi que sur les enseignements tirés des politiques publiques menées en matière de solidarité et d'insertion, ces propositions s'inscrivent dans un contexte d'urgence sociale manifeste.

En effet, selon l'INSEE, en 2024, 9,8 millions de personnes vivaient sous le seuil de pauvreté monétaire en France métropolitaine, soit 15,4 % de la population. Cette précarité – à un niveau record depuis 1996 – touche encore davantage les familles monoparentales, en particulier lorsque la cheffe de famille est une femme, les personnes immigrées, les « inactifs » (à l'exception des retraités) ainsi que les enfants. Cette situation alarmante se traduit notamment par l'absence de solution d'hébergement pour 2 355 enfants, dont 514 âgés de moins de trois ans, dans la nuit du 18 au 19 août 2026, malgré un appel au 115, comme le révèle le dernier baromètre "Enfants à la rue" de la FAS et de l'UNICEF. Par ailleurs, selon le 31^{ème} rapport sur l'état du mal-logement en France publié par la Fondation pour le Logement des Défavorisés, 350 000 personnes étaient sans domicile et 2,8 millions de ménages étaient en attente d'un logement social en 2025 — un niveau record. La même année, le Collectif Les Morts de la Rue recensait 929 décès de personnes vivant à la rue, soit le chiffre le plus élevé jamais enregistré.

Ces données, qui ne cessent d'empirer, illustrent l'échec des politiques publiques reposant sur l'activation des dépenses dites passives en matière d'emploi ou d'insertion, la marchandisation du logement, le recul des mécanismes de solidarité collective, l'individualisation des droits et la stigmatisation des populations les plus précaires, notamment les personnes étrangères. Elles viennent objectiver ce que les associations et les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux observent sur le terrain et dénoncent chaque jour : la pauvreté ne recule pas — pire, elle s'enracine. Ce n'est plus un signal d'alerte, c'est une réalité structurelle que les responsables politiques doivent affronter avec lucidité et volontarisme.

Dans ce contexte, la FAS appelle les parlementaires à un sursaut, à plus forte raison dans la perspective des élections présidentielles de 2027 et de potentielles élections législatives qui seront décisives. La FAS entend peser dans la campagne présidentielle en formulant des propositions politiques sur l'ensemble de son champ d'expertise. Elle organisera également, dans le cadre de son congrès à Marseille fin janvier 2027, un grand temps d'échanges et de réflexions entre les personnes concernées, les acteurs de terrain, la société civile et les décideurs publics, afin de lutter contre les exclusions et de promouvoir des politiques publiques plus justes et solidaires. C'est dans ce même esprit d'engagement et de mobilisation que la FAS formule ici des propositions pour le budget de la France en 2027.

Les associations sont pleinement conscientes des contraintes financières qui pèsent sur les responsables publics et partagent la nécessité d'une gestion rigoureuse des comptes publics. Elles en font d'ailleurs elles-mêmes l'expérience au quotidien, devant répondre à des besoins croissants avec des moyens de plus en plus restreints, comme l'a récemment souligné l'avis du Conseil économique, social et environnemental (CESE) en mai 2024 et comme l'a démontré l'enquête "associations de solidarité en voie de disparition" de la FAS en septembre 2025. Dans cette perspective, des solutions sont avancées pour mobiliser des recettes supplémentaires et financer notre modèle de solidarité collective. Le Pacte du pouvoir de vivre, auquel participe la FAS, propose de revoir certaines dépenses publiques inefficaces ou contreproductives, telles que les exonérations de cotisations patronales mal ciblées, les aides

aux entreprises sans condition, ou encore les dépenses nuisibles à l'environnement. Associés à une réforme de la fiscalité des revenus et du capital — visant à renforcer la progressivité de l'impôt et à faire davantage contribuer les ménages les plus aisés — ces leviers fiscaux permettraient à la fois d'assurer une contribution plus équitable de chacun.e et de garantir les investissements dans notre système de protection sociale ; patrimoine de ceux qui n'en ont pas. Il convient enfin de rappeler que les investissements engagés dans la solidarité aujourd'hui constituent un levier d'économies pour demain.

Le défi de mieux répartir l'effort collectif pour garantir l'accès aux droits fondamentaux et renforcer la solidarité est d'ampleur. Pour contribuer à ce travail, la FAS et son réseau ont élaboré une série de propositions ciblées, portant sur les missions suivantes :

- « **Cohésion des territoires** », à travers des mesures pour relancer la production de logements sociaux ; renforcer les dispositifs d'hébergement d'urgence (création de nouvelles places) ; améliorer l'accueil des publics spécifiques (femmes victimes de violences, personnes en situation de prostitution, femmes enceintes ou en post-partum sans solution, jeunes), et consolider les dispositifs de veille sociale et de coordination (SIAO) ;
- « **Immigration, Asile et Intégration** », en annulant les fermetures de places dans le Dispositif National d'Accueil ; en revalorisant l'allocation pour demandeur d'asile (ADA) ; en renforçant l'accompagnement global des personnes exilées et la garantie de l'exercice du droit d'asile, et en garantissant des réponses adaptées aux publics les plus vulnérables (enfants, femmes victimes de violences, personnes LGBTQIA+) ;
- « **Solidarité, Insertion et Égalité des chances** », en soutenant mieux les publics les plus précaires, notamment les personnes sans ressources, les jeunes en difficulté, les femmes victimes de violences, et les mineur.es victimes d'exploitation et de traite des êtres humains ; en indexant les prestations sociales sur l'inflation, tout en renforçant le rôle des associations dans la lutte contre l'exclusion ;
- « **Travail, emploi et administration des ministères sociaux** », avec un ensemble de mesures destinées à consolider le secteur de l'insertion par l'activité économique (IAE), aujourd'hui fragilisé, et à promouvoir un « plein emploi solidaire » ;
- « **Culture** », en intégrant les droits culturels dans l'accompagnement social ; en favorisant l'accès des publics en précarité aux pratiques artistiques et en soutenant des programmes tels que Respirations et Été culturel, qui renforcent la coopération entre acteurs sociaux et culturels et contribuent à la lutte contre l'exclusion.
- « **Santé** », en favorisant des espaces en non-mixité dans les CAARUD et les CSAPA, et en documentant les inégalités d'accès aux soins (refus de soins, santé mentale des publics précaires, besoins spécifiques des personnes exilées).

La Fédération demeure à la disposition des parlementaires et de leurs équipes pour appréhender les enjeux de ses propositions.

Proposition de la FAS et l'UNIOPSS : Pérennisation de l'expérimentation des Structures d'Exercice Coordonné Participatif (SECPA), à étendre leur modèle aux territoires ruraux et à sécuriser leur financement

ART.

N°

ASSEMBLÉE NATIONALE

XX octobre 2026

PLFSS POUR 2027 - (N°)

AMENDEMENT

présenté par

APRÈS L'ARTICLE 21, INSÉRER UN ARTICLE AINSI RÉDIGÉ

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

L'article L. 162-31-1 est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – Les expérimentations relatives aux structures d'exercice coordonné participatif (SECPA) sont pérennisées et déployées au bénéfice des populations vulnérables et éloignées du système de santé.

« Ce déploiement est étendu aux territoires ruraux caractérisés par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, en complément des quartiers prioritaires de la politique de la ville.

« Ces expérimentations bénéficient d'un financement pluriannuel et autonome issu du fonds dédié au présent article, indépendant de tout dispositif de labellisation. Ce financement couvre les charges liées aux actions de santé communautaire, à l'ingénierie sociale, à l'implication des usagers dans la gouvernance ainsi qu'aux partenariats avec les acteurs du champ social et de l'intégration par l'activité économique.

« Un rapport d'évaluation portant sur la pérennité financière et le bilan médico-social de l'extension de ce dispositif dans les territoires ruraux est transmis au Parlement et aux Agences régionales de santé au plus tard dix-huit mois après la promulgation de la présente loi. »

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

Depuis son lancement, l'expérimentation des Structures d'Exercice Coordonné Participatif (SECPA) a largement démontré son utilité sociale et sanitaire. En créant des ponts indispensables entre le secteur de la lutte contre les exclusions (CHRS, veilles sociales, maraudes) et le système de soins de premier recours, les SECPA répondent aux ruptures de prise en charge subies par les publics les plus vulnérables.

Les retours du terrain — notamment des équipes mobiles de maraude et des CHRS — soulignent le rôle déterminant des centres et maisons de santé communautaires dans la prise en charge des publics en situation de précarité, en assurant une veille sociale, une concertation pluri-professionnelle et une coordination fine. Il est donc indispensable d'aligner les moyens alloués à ces structures et leurs équipes sur les objectifs affichés de lutte contre les inégalités sociales de santé.

Pourtant, malgré la pertinence reconnue du modèle, l'annonce du non-renouvellement de

l'expérimentation sous son format actuel et le risque de bascule sur les Fonds d'Intervention Régionaux (FIR) des ARS à budget constant font craindre une rupture grave dans la prise en charge des usagers.

L'orientation envisagée vers le label « France Santé », plafonné à environ 50 000 € par an et par établissement, est très largement insuffisante et inadaptée. Ce forfait ne permet pas de couvrir les coûts réels des missions spécifiques des SECPA : temps médical prolongé, médiation en santé, démarche participative et travail de réseau à l'interface du logement social et du secteur médico-social.

Basculer les SECPA sur ce label équivaut à supprimer les fonctions de médiation en santé et d'accès aux droits.

Enfin, la méthodologie des SECPA a fait ses preuves dans les Quartiers Prioritaires de la Ville (QPV). Elle doit désormais pouvoir être déployée dans les territoires ruraux confrontés à une désertification médicale aiguë et à un isolement similaire des populations précarisées.

Le présent amendement vise à :

1. Sécuriser un financement dédié, autonome et pluriannuel pour les SECPA au sein du Fonds d'innovation en santé (Article 51), déconnecté du label « France Santé » ;
2. Permettre l'intégration progressive aux autres structures éligibles et en attente ;
3. Étendre le périmètre de l'expérimentation aux zones rurales sous-denses ;
4. Prévoir une évaluation formelle sous 18 mois en vue d'une généralisation pérenne

Sources

Ministère de la Santé et de l'Accès aux soins — Rapport au Parlement sur les expérimentations innovantes en santé (Article 51) : Bilan officiel retraçant la trajectoire des projets financés, les critères de sortie du dispositif et les modalités de bascule/transition vers le droit commun

Rapport d'évaluation de l'expérimentation SECPA (Caisse Nationale d'Assurance Maladie / DREES) : Évaluation spécifique mesurant le bilan médico-social des structures pilotes (26 sites) et analysant l'écart entre le coût réel d'une prise en charge participative (médiation, interprétariat, travail de réseau) et les forfaits d'exercice coordonné classiques

Proposition d'amendement : Compensation des frais d'évaluation pour les Lits Halte Soins Santé (LHSS), Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) et les Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT)

N°

ASSEMBLEE NATIONALE

XX octobre 2026

PLFSS POUR 2027 - (N°)

AMENDEMENT

présenté par

**APRÈS L'ARTICLE 26
INSÉRER UN ARTICLE AINSI RÉDIGÉ**

I. – À la ligne « Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement » de la seconde colonne du tableau de l'article 2, substituer au montant :
« 6 200 000 000 »
le montant :
« 6 199 340 300 ».

II. – En conséquence, à la ligne « Autres prises en charge » de la même colonne du même tableau du même alinéa, substituer au montant :
« 3 300 000 000 »
le montant :
« 3 300 659 700 »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à la création d'une enveloppe budgétaire dédiée au financement des missions d'évaluation des Lits Halte Soins Santé (LHSS), Lits d'Accueil Médicalisés (LAM), et Appartements de Coordination Thérapeutique.

La mise en place de la réforme de l'évaluation des ESMS en 2022 a entraîné une augmentation des coûts pour les LHSS, LAM et les ACT, du fait du nouveau référentiel commun aux ESMS et de la nouvelle méthode d'évaluation.

Au-delà des coûts moyens liés à la conduite de mission d'évaluation en tant que telle, en 2025, le coût moyen d'une mission d'évaluation pour les établissements accompagnant des « personnes à difficulté spécifiques » était de 7 330 euros TTC hors frais de déplacements des deux évaluateurs-, il convient de souligner que la méthode d'évaluation élaborée par la HAS implique une mobilisation des professionnels des ESSMS sur une durée plus importante que dans les précédentes modalités d'évaluation. En effet, le temps de présence des évaluateurs sur place a été allongé dans le cadre de ce nouveau référentiel, la nouvelle méthode d'évaluation implique l'organisation de multiples entretiens avec les différentes parties prenantes (gouvernance, professionnels, personnes accompagnées), et les cadres et professionnels des structures ont dû s'approprier ce nouveau référentiel de 157 critères, qui implique un temps d'acculturation conséquent. De plus, depuis la réforme de 2022, les évaluations ont lieu à un rythme plus soutenu (les évaluations ayant désormais lieu tous les cinq ans au lieu de sept ans auparavant).

Les récentes modifications effectuées en juillet 2025 par la HAS, qui portent à la fois sur l'augmentation de la durée minimum de l'évaluation et sur l'accroissement du nombre de personnes accompagnées devant être interrogées lors de la visite d'évaluation, renchéritra très probablement le coût de la mission d'évaluation (d'environ 20%) portant ce coût moyen à 8796 €. En effet, d'après les nombreux retours que nous avons des structures, les visites d'évaluation dureraient jusqu'alors généralement un jour et demi seulement.

Dans un contexte de fragilisation croissante des structures du secteur sur le plan de leur modèle économique et d'augmentation des prix ces trois dernières années touchant l'ensemble des postes de dépenses (l'inflation a ralenti en 2025 mais reste positive), nous proposons que les frais d'évaluations, qui sont une obligation réglementaire, soient compensés par l'Etat.

Ces frais n'incluent pas le coût en temps de travail des salariés lié à la préparation de l'évaluation, ni les frais de déplacement des deux évaluateurs, ni les coûts de traduction qui peuvent être nécessaires pour mener les entretiens avec un public allophone. Une compensation des structures à hauteur de 8796€ minimum nous paraît donc être une compensation à minima, mais n'est pas représentative des frais réels que l'évaluation engendre pour chaque structure.

Afin de respecter les règles prévues par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), il est proposé de prélever 659 700 euros au sous-objectif « Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement » au profit du sous-objectif « Autres prises en charge » de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Il convient de noter que la proposition de mouvement de crédits est uniquement formelle, afin de respecter les règles budgétaires. Notre intention n'est pas de ponctionner un programme et nous appelons le Gouvernement à lever ce gage.

Tel est l'objet du présent amendement, soutenu par la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS).

Eléments de calcul

Au 31 décembre 2025, la HAS décompte 212 LHSS dont 103 déjà évalués (49% du total) et 58 LAM dont 17 déjà évalués (29%) du total. Il reste donc 109 LHSS et 41 LAM à évaluer. Etant donné que le premier cycle d'évaluation s'achève en 2027, tous les établissements restants vont être évalués entre 2026 et 2027. On peut donc estimer que **75 établissements** vont être évalués en 2027.

$$75 \times 8\,796 = 659\,700\text{€}$$

Sources

Haute Autorité de Santé, *Bilan annuel 2024 du dispositif d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux* [\[en ligne\]](#), juillet 2025.

Fédération des acteurs de la solidarité (FAS), *Etat des lieux des solidarités 2025* [\[en ligne\]](#), septembre 2025

INSEE, *Indice des prix à la consommation - résultats définitifs (IPC) - juin 2025* [\[en ligne\]](#)

Addictions et précarité

Proposition d'amendement de la FAS et la Fédération Addiction : mise en place d'une expérimentation d'espaces dédiés aux femmes dans les CSAPA

ART. 58

N°

ASSEMBLÉE NATIONALE

XX octobre 2026

PLF POUR 2027 - (N°)

AMENDEMENT

présenté par

ARTICLE 58

ÉTAT B

Mission « Santé »

Modifier ainsi les autorisations d'engagement et les crédits de paiement : (en euros)

Programme	+	-
Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins		
Reversement à la sécurité sociale des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR)		3 000 000
Lancement d'une expérimentation d'espaces dédiés aux femmes dans les CSAPA (nouvelle ligne)	3 000 000	
Total	3 000 000	3 000 000
Solde	0	0

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement a pour objectif la mise en place 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.

Ce constat est partagé par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Dans son rapport de 2026 sur les parcours de prise en charge des addictions, elle relève une sous-représentation des femmes dans les dispositifs spécialisés, en particulier dans le secteur médico-social. Cette sous-représentation persiste alors que leurs consommations sont en hausse et qu'elles présentent des facteurs de vulnérabilité supérieurs. L'IGAS recommande d'en faire un public prioritaire « au-delà de la seule période périnatale » (recommandation n° 5).

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 à l'accueil, l'accompagnement et la prise en charge des femmes dans les CSAPA, afin de créer un cadre sécurisé et sécurisant. Ces espaces au sein des CSAPA permettront également de répondre à leurs besoins spécifiques. Il peut s'agir d'espaces de repos ; de repérage, d'accompagnement et d'orientation pour les femmes victimes de violences sexistes et sexuelles ; de prise en charge sur la santé contraceptive ; d'accompagnement concernant la prostitution ; de réduction des risques ; de travail concernant l'estime de soi. Les professionnels intervenant en CSAPA devraient être sensibilisés et formés à ces besoins spécifiques, au sein d'équipes pluridisciplinaires composées de travailleurs sociaux, de psychologues et de personnels infirmiers.

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

Afin de gager cette proposition dans le respect des règles prévues par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), il est proposé de créer un nouveau programme « Lancement d'une expérimentation d'espaces dédiés aux femmes dans les CSAPA » financé à hauteur de 3 millions d'euros grâce à la diminution à due concurrence de l'action 03 « Neutralisation des pertes de recettes de la branche Maladie au titre des fonctionnaires territoriaux suite à la bascule de taux Maladie/CNRA » du programme 379 « Reversement à la sécurité sociale des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR) ».

Il convient de noter que la proposition de mouvement de crédits est uniquement formelle, afin de respecter les règles budgétaires. Notre intention n'est pas de ponctionner un programme et nous appelons le Gouvernement à lever ce gage.

Tel est l'objet du présent amendement, soutenu par la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) et la Fédération Addiction.

Estimation du coût

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

Sources

Préfecture de Paris, Recueil des actes administratifs spécial n°N°75-2023-087 [\[En ligne\]](#), publié le 7 février 2023

OFDT, *Caractéristiques des personnes prises en charge dans les CSAPA en 2021* [\[En ligne\]](#), Février 2024

IGAS, *Addictions : améliorer les parcours de prise en charge*, rapport n° 2025-079R, N. Rabier-Thoreau et S. Seydoux, juin 2026

Proposition d'amendement de la FAS et la Fédération Addiction : mise en place d'une expérimentation d'espaces dédiés aux femmes dans les CAARUD

ART. 58

N°

ASSEMBLÉE NATIONALE

XX octobre 2026

PLF POUR 2027 - (N°)

AMENDEMENT

présenté par

ARTICLE 58

ÉTAT B

Mission « Santé »

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

(en euros)

Programme	+	-
Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	1 200 000	
Reversement à la sécurité sociale des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR)		1 200 000
Lancement d'une expérimentation d'espaces dédiés aux femmes dans les CAARUD (nouvelle ligne)	1 200 000	
Total	1 200 000	1 200 000
Solde	0	0

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement a pour objectif la mise en place 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 de ces centres par les femmes. 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. La surreprésentation masculine peut reproduire un cadre insécurisant pour de nombreuses femmes, notamment pour celles victimes de violence – et désincitatif à leur venue dans 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.

L'IGAS souligne également que les femmes sont plus exposées au déni et à la stigmatisation, et que les plus vulnérables cumulent fréquemment violences et précarité. Elle en conclut à la nécessité d'adapter les modalités d'accueil et d'accompagnement à leurs spécificités.

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 lever les freins à la venue des femmes dans les CAARUD en créant des espaces spécifiquement dédiés à l'accueil, l'accompagnement et à la prise en charge des femmes. Ainsi, ils constitueront des espaces sécurisés et sécurisants pour des femmes aux parcours complexes, qui peuvent être marqués par les violences et certaines vulnérabilités. Ces espaces au sein des CAARUD permettront également de répondre à leurs besoins spécifiques. Il peut s'agir d'espaces de repos ; de repérage, d'accompagnement et d'orientation pour les femmes victimes de violences sexistes et sexuelles ; de prise en charge sur la santé contraceptive ; d'accompagnement concernant la prostitution ; de réduction des risques ; de travail concernant l'estime de soi. Les professionnels intervenant en CAARUD devraient être sensibilisés et formés à ces besoins spécifiques, au sein d'équipes pluridisciplinaires composées de travailleurs sociaux, de psychologues et de personnels infirmiers.

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

Afin de gager cette proposition dans le respect des règles prévues par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), il est proposé de créer un nouveau programme « Lancement d'une expérimentation d'espaces dédiés aux femmes dans les CAARUD » financé à hauteur de 1,2 million d'euros grâce à la diminution due concurrence de l'action 03 « Neutralisation des pertes de recettes de la branche Maladie au titre des fonctionnaires territoriaux suite à la bascule de taux Maladie/CNRACL » du programme 379 « Reversement à la sécurité sociale des recettes de la Facilité pour la Relance et la Résilience (FRR) européenne au titre du volet « Ségur investissement » du plan national de relance et de résilience (PNRR) ».

Il convient de noter que la proposition de mouvement de crédits est uniquement formelle, afin de respecter les règles budgétaires. Notre intention n'est pas de ponctionner un programme et nous appelons le Gouvernement à lever ce gage.

Tel est l'objet du présent amendement, soutenu par la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) et la Fédération Addiction.

Estimation du coût

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

Sources

FAS, Lancement du projet MAAA'ELLES (Missions d'Accompagnement et d'Accueil - Addictions pour Elles) [\[en ligne\]](#) ; 2021

Fédération addiction, *Guide « Femmes et addictions »* [\[en ligne\]](#), 2016

Ministère de la santé, *La réduction des risques et des dommages chez les usagers de drogues* [\[en ligne\]](#), mise à jour en 2025

IGAS, *Addictions : améliorer les parcours de prise en charge*, rapport n° 2025-079R, N. Rabier-Thoreau et S. Seydoux, juin 2026

Santé mentale des personnes en situation de précarité

Proposition d'amendement de la FAS et l'UNIOPSS : Renforcement et déploiement des équipes mobiles psychiatrie et précarité sur l'ensemble du territoire

ART.

N°

ASSEMBLÉE NATIONALE

XX octobre 2026

PLFSS POUR 2027 - (N°)

AMENDEMENT

présenté par

APRÈS L'ARTICLE 21, INSÉRER UN ARTICLE AINSI RÉDIGÉ

I. – Après l'article L. 3221-5-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3221-5-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 3221-5-2. – Afin de garantir l'équité territoriale d'accès aux soins en santé mentale pour les personnes en situation de grande marginalité ou de précarité, des équipes mobiles psychiatrie et précarité (EMPP) sont déployées sur l'ensemble du territoire national.

Un arrêté du ministre chargé de la Santé, pris après avis de la Haute Autorité de santé, fixe un cahier des charges national définissant : 1° Les missions fondamentales de ces équipes, notamment l'aller-vers, le repérage précoce, l'évaluation, l'accompagnement et l'orientation vers les soins de droit commun ; 2° La composition pluridisciplinaire minimale requise pour leur fonctionnement ; 3° Les modalités d'évaluation annuelle de leur activité ainsi que d'articulation avec les secteurs de psychiatrie, les structures médico-sociales et les acteurs de l'hébergement et du logement. »

II. – Pour l'année 2027, les crédits affectés au sous-objectif « Dépenses relatives aux établissements de santé » de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sont majorés à hauteur de **15 millions d'euros**.

Ces crédits supplémentaires sont délégués via la dotation nationale des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) afin de financer le rattrapage des mesures nouvelles suite à l'année blanche de financement et d'assurer le déploiement et la mise aux normes des équipes mobiles psychiatrie et précarité conformément au cahier des charges mentionné au I.

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les équipes mobiles psychiatrie et précarité (EMPP) jouent un rôle d'interface fondamental pour aller vers les personnes en situation de grande précarité, souvent en rupture de soins ou isolées de la prise en charge médicale classique.

Pourtant, le dispositif rencontre aujourd'hui deux limites majeures :

- **L'absence de cadrage et d'harmonisation nationale** : la composition et le périmètre d'action des équipes varient fortement d'un territoire à l'autre, créant des inégalités d'accès aux soins,
- **Un sous-financement accentué par une année blanche** : le gel récent des crédits

alloués aux mesures nouvelles a fragilisé le fonctionnement des équipes existantes et stoppé la création de nouvelles unités dans les zones sous-dotées.

Cet amendement s'inscrit directement dans la continuité des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la *Grande Précarité et les troubles psychiques* (janvier 2024). La HAS y préconise explicitement la généralisation et la pérennisation des EMPP, tout en appelant à une meilleure coordination territoriale et à l'intégration de compétences pluridisciplinaires pour garantir une prise en charge précoce et sans rupture des publics les plus éloignés du soin.

Le présent amendement propose une réponse globale :

- **Un volet normatif** créant l'article L. 3221-5-2 du code de la santé publique et instaurant un cahier des charges national pour garantir des missions, de la composition pluridisciplinaire et de la coordination sur le terrain.
- **Un volet financier au sein de l'ONDAM Établissements de santé (MIGAC)** permettant de débloquer une enveloppe dédiée pour rattraper le retard d'investissement accumulé, pérenniser les équipes existantes et résorber les zones blanches.

Tel est l'objet du présent amendement, soutenu par la Fédération des Acteurs de la Solidarité et l'UNIOPSS.

Estimation du coût

Rattrapage et consolidation du réseau existant = 5M
(coût par équipe 30 à 40K)
Création de nouvelles équipes 10M
(une équipe standard : 300 à 350K de budget annuel)

Sources

Circulaire DHOS/DGS/DGAS n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion (*texte fondateur du cadre de fonctionnement des EMPP*)

Santé publique France & Inserm : Enquêtes épidémiologiques *SAMSARA* et *SANTÉS-DÉPLACÉS* sur la prévalence des troubles psychiatriques et des addictions chez les personnes sans domicile ou en hébergement d'urgence

Haute Autorité de Santé (HAS) : *Recommandation de bonne pratique « Grande précarité et troubles psychiques »* (Janvier 2024)

Prolonger le financement de la mesure 9 des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie pour assurer la prise en charge de la santé mentale des personnes en situation de précarité

ART.

N°

ASSEMBLÉE NATIONALE

XX octobre 2026

PLF POUR 2027 - (N°)

AMENDEMENT

présenté par

ARTICLE 58

ÉTAT B

Mission « Santé »

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

(en euros)

Programme Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	+	-
Action 14 - Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	20 000 000	
Action 16 – veille et sécurité sanitaire		20 000 000
Total	20 000 000	20 000 000
Solde	0	0

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à pérenniser le financement de la mesure 9 des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie de 2022, par la création d'un financement spécifique et durable dédié à l'intervention de professionnel·les de santé mentale auprès des personnes en situation de précarité.

La mesure 9 vise à renforcer la prise en charge de la santé mentale des personnes accompagnées dans le secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion (AHI), en permettant notamment le recrutement de psychologues et d'infirmier·ères en pratique avancée (IPA) spécialisé·es en santé mentale et psychiatrie au sein ou en appui des structures accueillant ces publics.

Son financement repose depuis 2022 sur des crédits du Fonds d'intervention régional (FIR) des Agences régionales de santé (ARS), avec une montée en charge de 10 millions d'euros en 2022, 20 millions d'euros en 2023 et 30 millions d'euros à partir de 2024. En 2024, ces crédits permettaient le financement de 320 professionnel·les, dont 304 psychologues, 14 infirmier·ères et 2 IPA, pour une file active de 9 491 personnes. La mesure avait initialement pour objectif de permettre, sur trois ans, le recrutement d'environ 500 professionnel·les afin de renforcer durablement l'offre de soutien psychologique dans les structures d'hébergement et d'accueil.

Les professionnel·les recruté·es dans le cadre de la mesure 9 assurent principalement un soutien psychologique et psychosocial directement auprès des personnes accompagnées, à travers des entretiens individuels, des consultations, des groupes ou des interventions adaptées aux besoins des personnes. Leur intervention repose notamment sur une logique d'aller-vers, permettant d'aller à la rencontre de personnes qui ne sollicitent pas spontanément les dispositifs de santé mentale. La mesure prévoit également une mission de coordination des parcours, en lien avec les équipes sociales, les acteurs de la santé et les dispositifs de psychiatrie, afin de faciliter l'accès aux soins et les orientations lorsque celles-ci sont nécessaires.

Cette intervention constitue un complément aux dispositifs de droit commun. Les professionnel·les de la mesure 9 interviennent au plus près des lieux de vie et d'accueil, notamment dans les centres d'hébergement d'urgence (CHU), les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les centres d'hébergement spécialisé (CHS) et les accueils de jour. Leur présence permet ainsi de proposer un premier niveau d'accompagnement psychologique, mais également de faire le lien avec les dispositifs spécialisés lorsque la situation de la personne le nécessite.

La mesure 9 répond à un besoin particulièrement important dans un secteur confronté à des difficultés persistantes d'accès aux soins psychiatriques et psychologiques. En 2024, 9 491 personnes étaient ainsi accompagnées dans le cadre du dispositif, témoignant de l'importance prise par cette offre dans les parcours des personnes en situation de précarité.

Après trois années de montée en charge, la poursuite de la mesure ne peut toutefois reposer sur un financement temporaire par le FIR. Les différentes vagues de financement étant désormais achevées, les recrutements portent principalement sur le remplacement des postes vacants. La création d'un fonds spécifique doté de 20 millions d'euros par an permettrait de sécuriser les postes existants, de garantir la continuité des accompagnements et de poursuivre le déploiement de la mesure dans les territoires.

Le financement doit également couvrir les coûts nécessaires à la mise en œuvre effective de la mesure, au-delà des seuls temps d'accompagnement et de coordination : frais de déplacement, locaux adaptés et confidentiels, temps de coordination et autres frais de fonctionnement nécessaires à l'intervention des professionnel·les dans les structures.

Enfin, le financement pérenne de la mesure 9 doit permettre d'en élargir progressivement le bénéfice à l'ensemble des dispositifs accueillant des personnes en situation de précarité, notamment au dispositif national d'accueil (DNA), ainsi qu'à l'ensemble des dispositifs de l'AH.

Tel est l'objet du présent amendement, soutenu par la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS).

Estimation du coût

Financement sur 3 ans par les FIR des ARS : 10 millions en 2022 ; 20 millions en 2023 ; 30 millions en 2024 pour 320 postes.

Sources

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DIPLP/DGOS/DIHAL/2022/96 du 1er avril 2022 relative au soutien psychologique des personnes en situation de grande précarité dans les centres d'hébergement et lieux d'accueil, Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2022/10 du 29 avril 2022.

Fédération des acteurs de la solidarité (FAS), Etat des lieux de la mesure 9 2026, septembre 2026

Santé mentale des adolescents

Amendement de l'ANMDA, la FAS et l'UNIOPSS : Garantir le renforcement des financements des Maisons des adolescents en 2027

ASSEMBLÉE NATIONALE

XX octobre 2026

PLFSS POUR 2027 - (N°)

AMENDEMENT

présenté par l'Association Nationale des Maisons des Adolescents (ANMDA), soutenu par l'UNIOPSS et la FAS

Support budgétaire

ONDAM 2027 – Sous-objectif FIR

Revalorisation demandée

15 M€

Affectation souhaitée : soutien au renforcement des financements des Maisons des Adolescents en 2027, dans le cadre de la trajectoire de doublement annoncée en 2024.

La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts

Article 43

L'article 43 est ainsi modifié :

« Pour l'année 2027, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(en milliards d'euros)

Sous-objectifs	Objectifs de dépenses
Dépenses de soins de ville	118,3
Dépenses relatives aux établissements de santé	116,0
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	18,8
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	16,3
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement	5,915
Autres prises en charge	3,4
Total	278,715

EXPOSÉ SOMMAIRE

En 2024, les Premiers Ministres Michel Barnier puis Gabriel Attal ont annoncé le doublement du nombre des Maisons des Adolescents (MDA) en raison de la hausse des besoins en santé

mentale des jeunes sur le territoire. Les services de la Direction générale de l'offre de soin (DGOS) ont précisé que la trajectoire de renfort aux MDA se matérialiserait sous la forme de financements supplémentaires de 15 millions d'euros par an pendant 3 ans en 2025, 2026 et 2027 pour atteindre 90 millions en 2027. Après un premier renfort de 15 millions d'euros intervenu en 2025, la poursuite de cette trajectoire pour 2026 et 2027 a été remise en question par la DGOS qui a annoncé que les renforts de 15 millions d'euros ne pourraient pas être garantis pour 2026 et seraient fortement compromis pour 2027. Le 2 juin 2026, la ministre de la Santé a finalement confirmé le principe d'un renforcement des moyens des MDA pour ces deux années, sans toutefois garantir le maintien du niveau de financement à hauteur de 15 millions d'euros en 2026 et 2027.

Les 126 Maisons des Adolescents présentes sur le territoire national accueillent chaque année plus de 100 000 adolescents et jeunes adultes. Elles constituent des structures de proximité essentielles aux politiques de prévention, de santé mentale et d'accompagnement des jeunes et de leurs familles. Entre 2023 et 2025, le nombre de jeunes accueillis a augmenté de 2,5% et les situations des jeunes se complexifient, nécessitant des accompagnements plus soutenus.

Dans un contexte de progression des besoins en matière de santé mentale, de prévention et d'accompagnement, la sécurisation de leurs financements est indispensable pour consolider leurs équipes, accroître leurs capacités d'accueil et réduire les inégalités territoriales d'accès à une offre de proximité.

Le présent amendement vise à garantir la poursuite de la trajectoire de doublement annoncée en 2024, en prévoyant un renforcement de 15 millions d'euros en 2027 du sous-objectif de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) relatif au Fonds d'intervention régional (FIR).

Cette mesure doit permettre aux agences régionales de santé de disposer des moyens nécessaires pour accompagner durablement les Maisons des Adolescents et répondre aux besoins des adolescents et de leurs familles sur l'ensemble du territoire.

Tel est l'objet du présent amendement, soutenu par l'Association Nationale des Maisons des Adolescents, la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) et l'UNIOPSS.

Demande d'un rapport sur la santé mentale des personnes en situation de précarité

ART.

N°

ASSEMBLÉE NATIONALE

XX octobre 2026

PLFSS POUR 2027 - (N°)

AMENDEMENT

présenté par

APRÈS L'ARTICLE XX, INSÉRER UN ARTICLE AINSI RÉDIGÉ

Le Gouvernement remet au Parlement, six mois après la promulgation de la présente loi, un rapport sur la santé mentale des personnes en situation de précarité. Ce rapport identifie les besoins, les freins d'accès aux soins et les réponses existantes, et propose une feuille de route budgétaire visant à renforcer l'offre de soins et l'organisation des parcours pour ces publics.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à demander au Gouvernement la remise d'un rapport sur la santé mentale des personnes en situation de précarité, assorti d'une feuille de route budgétaire permettant d'élaborer une réponse structurelle, cohérente et adaptée à l'ampleur des besoins.

Alors que la santé mentale a été déclarée Grande Cause nationale pour l'année 2025, il est impératif que cette ambition s'incarne dans des politiques publiques ciblant les populations les plus vulnérables. De nombreuses données, issues d'études françaises et internationales, témoignent de la surreprésentation des troubles psychiques parmi les personnes précaires. L'étude SAMENTA (SAnté MENTale et Addictions chez les sans domicile franciliens), réalisée en 2009, révélait que plus de 30 % des personnes sans domicile souffraient de troubles psychiatriques sévères, notamment psychotiques, et que le risque suicidaire y était trois à quatre fois plus élevé que dans la population générale. Plus récemment, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) publiées en 2023 sur les troubles psychiques et la grande précarité ont confirmé cette réalité, tout en soulignant les défaillances systémiques dans la prise en charge de ces publics : cloisonnement des secteurs, non-recours, refus d'orientation, insuffisance de moyens.

La situation de rue, l'instabilité administrative ou résidentielle, l'isolement, les violences, les trajectoires d'exil ou les épisodes de chômage prolongé constituent autant de facteurs de vulnérabilisation psychique. À l'inverse, un trouble psychiatrique ou psychologique non pris en charge peut précipiter dans la précarité. Les parcours sont marqués par des ruptures, des rechutes et une absence de continuité dans l'accompagnement. Les acteurs de terrain alertent : les dispositifs existants, notamment les centres médico-psychologiques, sont inaccessibles pour une grande partie des personnes en situation de précarité, en raison de délais d'attente incompatibles avec l'urgence, de sectorisation rigide, ou d'un manque de formation à la clinique de la précarité.

Ce rapport devra permettre de documenter précisément les besoins, d'identifier les freins d'accès aux soins et de proposer une feuille de route budgétaire pluriannuelle pour permettre un renforcement de l'offre. Il pourrait notamment étudier la montée en charge et le maillage territorial d'équipes mobiles de psychiatrie précarité, le déploiement de consultations avancées en santé mentale dans les lieux d'hébergement et d'accueil, le renforcement des partenariats

entre le secteur social et les dispositifs de soin, la création de lieux spécialisés (consultations transculturelles, psychotraumatiques, etc.) ou encore la formation systématique des professionnels à la santé mentale et à la précarité.

Tel est l'objet du présent amendement, soutenu par la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS).

Sources

Haute Autorité de Santé (HAS), *Grande précarité et troubles psychiques Intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques* [[en ligne](#)], 2023

Enquête Samenta, *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Ile-de-France* [[en ligne](#)], 2009

Santé des personnes exilées

Proposition d'amendement du Comede, de la FAS et Kolone : prise en charge de l'interprétariat professionnel dans le secteur du médico-social sur tout le territoire national

ART. 58

N°

ASSEMBLEE NATIONALE

XX octobre 2026

PLF POUR 2027 - (N°)

AMENDEMENT

présenté par

ARTICLE 58

ÉTAT B

Mission «Santé »

Modifier ainsi les autorisations d'engagement et les crédits de paiement : (en euros)

Programme 204 prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	+	-	+	-
Action 12 « santé des populations »	233 000		233 000	
Action 15 « prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation »		233 000		233 000
TOTAL	233 000	233 000	233 000	233 000
SOLDE	0		0	

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à garantir le principe d'égalité d'accès au service public par le recours à l'interprétariat professionnel, condition indispensable à la qualité des soins, au respect du secret professionnel et à l'instauration d'une relation de confiance entre personnes accompagnées et professionnel·le·s.

Le recours à l'interprétariat professionnel participe au principe d'égalité d'accès au service public, principe général du droit et principe à valeur constitutionnelle.

Les problèmes de langue constituent souvent la principale difficulté de prise en charge pour les personnes exilées.

Dans l'observation du Comede, la proportion de personnes non francophones suivies en consultation est significative pour toutes les régions d'origine, plus élevée encore parmi les personnes exilées d'Europe de l'Est (82 %), d'Asie du Sud (73 %), du Moyen-Orient (68 %) et d'Afrique de l'Est (53 %).

Faute de recours à l'interprétariat professionnel, de nombreux services de santé font intervenir des personnes « accompagnantes », parfois les enfants des patient·e·s.

Cela représente un risque pour la précision de l'interprétariat, le secret professionnel, la qualité des soins et la relation thérapeutique.

L'absence d'interprète peut également compromettre l'accès aux soins des personnes allophones et conduire à des refus, retards et restrictions de soins.

Au COMEDE parmi les personnes appelant la permanence téléphonique pour des difficultés d'accès aux soins en santé mentale 58% ont fait remonter le problème de la barrière de la langue et l'absence d'interprètes professionnel·le·s

Le recours à des interprètes formés à l'intervention spécifique en milieu médico-psychosocial est nécessaire, cela participe à la garantie de la fidélité de la traduction, de l'impartialité et du secret professionnel.

La présence d'interprètes professionnel·le·s dès l'accueil en structures médicales et sociales et tout au long des parcours de soins permet d'établir une communication de qualité, et favorise l'instauration d'une relation de confiance réciproque.

Le recours à l'interprète professionnel·le·s est nécessaire autant pour la personne accompagnée que pour la personne accompagnante.

Ainsi précisé dans le Rapport HAS 2017 : « Le recours à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé garantit, d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical. »

Plusieurs régions bénéficient déjà d'un financement ARS dans des modalités différentes en fonction des territoires. Par exemple l'ARS AURA a signé une convention pluriannuelle avec ISM Corum pour des actions d'interprétariat relative à la santé émanant d'utilisateurs du médico-social.

L'ARS Pays de Loire finance l'interprétariat en médecine de ville.

Fort de ces exemples, cet amendement vise à soutenir et développer le financement de l'interprétariat professionnel en médico-social par les ARS à toutes les régions hexagonales et ultra-marines.

Il vise également, dans le cadre du BOP 204, à demander un co-financement de l'interprétariat professionnel dans toutes les structures du médico-social accueillant un public exilé allophone et en situation de précarité.

Ainsi le principe d'égalité d'accès au service public serait rendu possible.

Afin de gager cette augmentation du budget de l'action 12 "santé des populations" du programme 204, dans le respect des règles prévues par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), il est proposé de prélever 233 000 euros à l'action 15 "prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation" du même programme.

Il convient de noter que la proposition de mouvement de crédits est uniquement formelle, afin de respecter les règles budgétaires. Notre intention n'est pas de ponctionner un programme et nous appelons le Gouvernement à lever ce gage.

Tel est l'objet du présent amendement, soutenu par le Comede, la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) et Kolone.

**Vieillesse des personnes en
situation de précarité**

**Expérimentation d'un dispositif d'interface médico-sociale pour l'accompagnement
des personnes âgées en situation de grande précarité**

ART.

N°

ASSEMBLÉE NATIONALE

XX octobre 2026

PLFSS POUR 2027 - (N°)

AMENDEMENT

présenté par

APRÈS L'ARTICLE 26, INSÉRER UN ARTICLE AINSI RÉDIGÉ

I. — À titre expérimental, pour une durée de trente-six mois et dans un nombre limité de territoires arrêtés par le ministre chargé de la santé et des solidarités, l'État autorise le financement d'un dispositif d'interface médico-sociale dédié à l'accompagnement des personnes âgées en situation de grande précarité ou de sans-abrisme.

II. — Ce dispositif a pour objet :

1. De faciliter et de sécuriser l'accès aux droits et la continuité des parcours de soins et d'accompagnement des personnes âgées précaires hébergées dans le secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion vers les structures de droit commun du secteur gériatrique ;
2. De former et d'apporter un appui technique et juridique aux professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire pour le repérage et la prise en charge des publics vieillissants en situation de précarité ;
3. De coordonner l'intervention des équipes mobiles de santé, des structures de l'hébergement d'urgence et des établissements pour personnes âgées dépendantes.

III. — L'expérimentation fait l'objet d'un financement annuel dédié, assuré conjointement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et l'Assurance maladie, sous la forme d'une dotation forfaitaire attribuée aux structures porteuses du dispositif.

IV. — Les modalités d'application du présent article, le cahier des charges de l'expérimentation, la liste des territoires pilotes ainsi que les conditions de son évaluation scientifique et financière — visant notamment à mesurer la réduction des ruptures de parcours et des coûts de santé induits par des hospitalisations inopportunes — sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, des solidarités et du logement. Un rapport d'évaluation est transmis au Parlement six mois avant le terme de l'expérimentation.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il ne s'agit pas d'expérimenter une pratique inconnue, mais d'adosser un cadre financier national pérenne à des savoir-faire de terrain développés et éprouvés depuis plus de vingt ans par les acteurs de la solidarité.

L'efficacité de ces démarches d'interface est documentée par les bilans d'activité des structures pionnières. À Paris, la **Mission Interface du Samusocial de Paris**, déployée depuis 2017, accompagne chaque année plus de 1 100 personnes âgées précaires et réalise plus de 250 orientations pérennes vers le secteur gériatrique de droit commun. À Lyon, la **Plateforme Alliance du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri** sécurise la prise en charge médicale et l'évaluation de l'autonomie directement au sein des hébergements d'urgence. Ces

dispositifs apportent la preuve qu'un maillage médico-social coordonné prévient les ruptures de soins sans nécessiter la création de structures lourdes supplémentaires.

Sur le terrain, la situation est critique :

- **Un vieillissement précoce et massif** : en raison des conditions de vie à la rue ou en habitat précaire, l'espérance de vie moyenne des personnes sans-abri s'élève à seulement **48,8 ans** (et 55 ans pour celles en hébergement d'urgence).
- **Une pression constante sur le secteur social** : selon la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS), **89 % des SIAO** et services de veille sociale accompagnent déjà des personnes présentant des signes de vieillissement dès l'âge de 50 ans, un phénomène en hausse marquée pour 15 % d'entre eux.
- **Un désarroi professionnel face au manque de solutions** : **84 % des travailleurs sociaux** se déclarent démunis face à la perte d'autonomie des publics précaires qu'ils accompagnent, faute de relais adaptés vers le secteur gériatrique.
- **Une sollicitation accrue des structures médicalisées** : **57 % des structures de soins et d'hébergement pour personnes précaires** (LHSS, LAM, ACT) accompagnent aujourd'hui des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Des initiatives emblématiques — telles que la Mission Interface portée par le Samusocial de Paris ou la plateforme Alliance du Foyer Notre-Dame des Sans-Abri à Lyon — ont démontré depuis deux décennies qu'une coordination dédiée permet d'éviter les ruptures de parcours, de désengorger les urgences et de sécuriser les orientations vers les EHPAD ou USLD.

La Fédération des Acteurs de la Solidarité, réseau national fédérant plus de 900 associations, porte une réflexion en ce sens avec un travail mené tant au national qu'au régional. Cette expérimentation pourra s'appuyer ici sur ces réseaux d'acteurs, de personnes concernées et les expertises opérationnelles telles que celles de la Mission Interface (Samusocial de Paris et le SIAO 44) et de la Plateforme Alliance (Foyer Notre-Dame des Sans-Abri) pour assurer le suivi, l'outillage et l'évaluation du dispositif sur les sites pilotes.

En inscrivant cette expérimentation au PLFSS 2027, le législateur ne prend aucun risque conceptuel : il permet le passage à l'échelle d'innovations organisationnelles indispensables.

Sources

Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) — Enquête nationale et travaux de l'Observatoire sur la santé, la précarité et le vieillissement des publics pris en charge par le réseau AHL.

Collectif Les Morts de la Rue (CMDR) — Données épidémiologiques sur l'âge moyen au décès et l'espérance de vie des personnes en situation de grande exclusion.

Samusocial de Paris (SSP) — *Rapport d'activité de la Mission Interface* (Données 2023).

Foyer Notre-Dame des Sans-Abri (FNDSA) — *Rapport d'activité et bilans de la Plateforme Alliance*.

LA FÉDÉRATION DES ACTEURS DE LA SOLIDARITÉ (FAS) est un réseau de plus de 900 associations et 2800 structures qui accueillent et accompagnent les personnes en situation de précarité. Elle est composée d'une fédération nationale et de 13 Fédérations régionales sur l'ensemble du territoire.

La Fédération lutte contre les exclusions, promeut l'accompagnement social global et favorise les échanges entre tous les acteurs du secteur social.

La Fédération représente les établissements et services adhérents dans les secteurs de l'insertion par l'activité économique, de la veille sociale, de l'hébergement, du logement adapté, du médico-social ou encore dans l'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés.

La Fédération soutient ses adhérents, les forme et les conseille. Elle agit également auprès des pouvoirs publics pour promouvoir une société plus juste et plus solidaire.

Elle participe enfin à des projets d'innovation sociale dont plusieurs sont soutenus par l'État, tels que les programmes SEVE Emploi et Respirations.

Pour la **SOLIDARITÉ** contre les exclusions

federationsolidarite.org

