



Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Sénat

Analyse de l'Uniopss

Novembre 2017

Table des matières

BRANCHE FAMILLE	3
Article 25 : Majoration du Complément Mode de Garde (CMG) pour certaines familles monoparentales ..	3
Article 26 : Baisse du montant et des plafonds de la Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE).....	3
Article 26 bis : Rapport sur les modalités d'attribution des places au sein des établissements	4
BRANCHE MALADIE	5
AUTONOMIE ET CITOYENNETE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES	5
Article 8 : suppression du CICE et du CITS en contrepartie d'un allègement de charges patronales à compter du 1 ^{er} janvier 2019.	6
Article 50 : Efficience et adaptation de l'offre aux besoins du secteur médico-social.....	8
Article 51 : Transfert des missions de l'ANESM à la HAS.....	13
Article 50 bis (nouveau)	13
Article 55 : Diminution des dépenses du Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV) de 0,4 milliards d'euros entre 2017 et 2018.	13
SANTE.....	14
Article 6 et 54 : ONDAM et SOUS ONDAM.....	14
Les principales modifications apportées par l'Assemblée Nationale au texte initial :.....	16
Article 12 : Augmentation de la fiscalité du tabac	17
Article 34 : Vaccination obligatoire des enfants.....	17
Article 35 : Cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé (santé et médico-social)	18
Article 36 : Télémédecine et télésurveillance	19
Article 39 : Renforcer la pertinence et l'efficience des prescriptions hospitalières.....	19
Article 44 : Report de l'application du règlement arbitral	20
Article 44 ter (nouveau)	21
Article 44 additionnel : Rapport sur l'intégration de l'AME dans l'assurance maladie	21
Article 45 : Report du déploiement de la FIDES	22
Article 46 : Suppression de la dégressivité tarifaire	22
Article 48 : Déploiement de la réforme du financement des Services de Soins de suite et de Réadaptation (SSR)	22
Article 49 : Coordination des parcours de santé complexes (convergence des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes intéressant tout ou partie des personnes handicapées).....	23
Article 52 : Création de nouveaux GEM (Santé Mentale)	24

Branche Famille

DISPOSITIONS GENERALES DE LA BRANCHE FAMILLE

Tableau d'équilibre (en Mds d'€)

Année	Recettes	Dépenses	Solde
2014	56.3	59	-2.7
2015	52.8	54.4	-1,6
2016	48.6	49.6	-1
2017	49.9	49.6	+0,3
PLFSS 2018	51	49.7	+1.3

L'Uniopss salue le retour à l'équilibre de la branche famille en 2017 mais regrette que cet équilibre soit réalisé dans le cadre d'une baisse du budget global de plus de 5Mds d'€ depuis 2014 (soit -10 %). Si le gouvernement exprime dans ce projet de loi le souhait d'équilibrer le budget de l'ensemble des branches de la Sécurité sociale, **l'Uniopss s'oppose**, dans ce contexte d'excédent de la branche famille mais de diminution de son budget global, **à ce que des économies soient réalisées sur les prestations accordées aux familles.**

Alors que le gouvernement s'engage pour lutter contre la pauvreté des enfants, des familles et des jeunes, il est incohérent pour l'Union que le PLFSS propose des économies sur le budget qui leur est dédié.

Article 25 : Majoration du Complément Mode de Garde (CMG) pour certaines familles monoparentales

Le présent article propose de majorer le montant maximal du CMG « emploi direct » et du CMG « structure » pour les familles monoparentales. Cette majoration du montant maximal du CMG, qui doit être fixée par décret, sera, d'après les engagements pris par le gouvernement, égale à 30 %.

Si l'Uniopss salue cette mesure dans son principe, notre Union note, que dans la pratique, cette aide n'impactera qu'un faible nombre de familles en difficulté. En effet, cette évolution du CMG concerne les familles monoparentales, y compris les plus aisées, qui cumulent faibles ressources et durée de garde très élevée, ce qui n'est que rarement le cas dans la réalité.

Dans un contexte où 1 famille monoparentale sur 3 et 1 famille nombreuse sur 5 sont en situation de pauvreté, l'Uniopss souhaite qu'une aide majorée pour l'accueil des jeunes enfants soit accordée en soutien à l'ensemble des familles vulnérables, et notamment en situation de handicap ou en insertion professionnelle.

L'augmentation de l'allocation de soutien familial et du complément familial, prévue en 2013 dans le cadre du plan de lutte contre la pauvreté, et d'ores et déjà programmée dans le calendrier de la CNAF, ne suffit pas à confirmer la volonté politique du gouvernement d'aider les familles les plus vulnérables.

L'Uniopss salue la disposition prise par l'Assemblée Nationale de mettre au masculin le terme « d'assistant maternel ». Toutefois, il ne sera possible d'obtenir une mixité réelle de cette profession qu'en adoptant des mesures fortes permettant d'accroître son attractivité (professionnalisation et formation continue notamment).

Article 26 : Baisse du montant et des plafonds de la Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE)

Cet article propose un alignement par le bas de l'allocation de base de la PAJE et du complément familial et d'exclure un plus grand nombre de familles du dispositif de l'allocation de base de la PAJE.

Si l'Uniopss rejoint le souhait de mettre en cohérence le barème de ces deux aides, cette opération ne peut se réaliser, pour notre Union, que par une revalorisation. En effet, ces aides sont essentielles pour les familles et ont un impact direct sur l'accès aux dispositifs d'accueil des jeunes enfants, la

conciliation de la vie personnelle et professionnelle ainsi que sur l'insertion dans l'emploi de leurs parents et notamment des femmes.

Par ailleurs, l'Uniopss souhaite que des mesures supplémentaires soient prises pour favoriser l'accès aux modes d'accueil des familles les plus vulnérables. Il est notamment indispensable que soit mis en place un dispositif de tiers payant applicable aux assistants maternels ou aux organismes qui assurent une prestation d'accueil des jeunes enfants.

En effet, alors qu'il s'agit du premier mode d'accueil des jeunes enfants, l'avance des frais des familles aux assistants maternels est aujourd'hui un obstacle pour garantir l'accueil des enfants issus de familles en insertion ou en situation de pauvreté.

Par ailleurs, les services de garde d'enfants au domicile parental sont des acteurs importants dans la conciliation des temps de vie, dans la complémentarité des modes d'accueil, dans la gestion de la garde des enfants en horaires atypiques, dans le cadre de l'insertion professionnelle, comme de l'accueil en urgence ou auprès d'enfants porteurs de handicap. Ils contribuent à l'accroissement de l'offre de mode d'accueil individuel sur les territoires.

Or, ces services doivent facturer la totalité de leur intervention aux familles et percevoir le règlement avant que les parents ne puissent récupérer le versement du CMG, ce qui pénalise avant tout les parents mais aussi les services.

Ce fonctionnement génère des avances de trésorerie inutiles pour les parents, fragilise économiquement les assistants maternels et les structures, précarise l'emploi et complexifie le travail des organismes débiteurs des prestations familiales.

Notons que ce principe de fonctionnement par tiers payant ou équivalent est déjà à l'œuvre entre la plupart des organismes publics (Carsat, conseils départementaux, Caf...) et les structures du domicile, également gestionnaires des services prestataires de garde d'enfants.

En fait, la mise en œuvre proposée présente de nombreux avantages :

- ➔ Pour les parents : éviter l'avance de trésorerie, rendre plus lisible l'aide apportée et faciliter l'accès à ce mode de garde des enfants.
- ➔ Pour les organismes débiteurs des prestations familiales : avoir un interlocuteur tout à fait identifié, qualifié par le biais de l'agrément des services à la personne ; aller au bout de la démarche de mandatement, initié sur le traitement administratif de la prestation ; mieux connaître les services de garde d'enfants ; raccourcir les délais de traitement.
- ➔ Pour les assistants maternels et les services : éviter les trop grands risques d'impayés ; réduire les délais d'encaissement effectif des factures, souvent mises en attente le temps que les parents perçoivent le CMG ; raccourcir les délais de traitement ; pouvoir sécuriser l'emploi.

Article 26 bis : Rapport sur les modalités d'attribution des places au sein des établissements

L'Uniopss salue la disposition introduite par l'Assemblée Nationale demandant au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport sur les modalités d'attribution des places au sein des Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant. Néanmoins, il est nécessaire de préciser que **de nombreux établissements n'ont pas la main sur les décisions d'attribution de places**, notamment dans le cas des délégations de service public.

Branche maladie

Autonomie et citoyenneté des personnes âgées et des personnes handicapées

1. Analyse budgétaire

Sous-objectifs nationaux de dépenses de l'assurance maladie	2016 (LFSS rectificative)	2017 (LFSS)	2017 (LFSS rectificative)	PLFSS 2018	Taux d'évolution entre LFSS 2017 et PLFSS 2018	Taux d'évolution entre LFSS rectificative 2017 et PLFSS 2018
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées (milliards d'euros)	8,8	9,1	9,0	9,3	+ 2,2%	+ 3,3%
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées (milliards d'euros)	9,2	11,0	10,9	11,2	+ 1,8%	+ 2,7%

Le PLFSS prévoit une progression générale de l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) de 2,3 % (contre 2,1 en 2017 et 1,75 en 2016) ce qui représente une dépense totale de 195,2 milliards d'euros. Le gouvernement annonce une progression de l'ONDAM médico-social (sous-objectif couvrant les dépenses des établissements et services médico-sociaux prises en charge par l'assurance maladie) en 2018 de 2,6% (contre 2,9 en 2017 et 1,9 % en 2016). Ce taux d'évolution qui ne tient pas compte de la sous-exécution de l'ONDAM est toutefois largement surévalué.

En 2018, 22 milliards d'euros seront donc consacrés au financement des établissements et services accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie ou des personnes handicapées, **soit 515 millions d'euros supplémentaires.**

Une partie des recettes de la Contribution Annuelle de Solidarité pour l'Autonomie (CASA) à l'Objectif Global des Dépenses (OGD) sont réaffectées « afin de faire face à ces besoins de financement ». La CASA, destinée à financer la section II du budget de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) – l'APA – et la section V finançant des dépenses d'animation, de prévention et d'études dans les domaines d'intervention de la Caisse, viendrait couvrir une partie du financement structurel des établissements et services accompagnant ou intervenant auprès des personnes âgées (6,6%) et des personnes en situation de handicap (6,6%) dans un contexte de sous consommation de la CASA du fait notamment de la mise en œuvre tardive de la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

2. Analyse des principales dispositions

Article 8 : suppression du CICE et du CITS en contrepartie d'un allègement de charges patronales à compter du 1^{er} janvier 2019.

L'actuel article 8 ouvre droit, à compter du 1er janvier 2019, à une réduction des cotisations patronales à hauteur de 6 % des cotisations patronales dues au titre de la branche d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès de la sécurité sociale pour tous les salariés dont les rémunérations ne dépassent pas 2,5 fois le SMIC. Cette réduction des cotisations patronales s'appliquerait pour les salariés dont l'employeur entre dans le champ de la réduction dite Fillon, c'est-à-dire l'ensemble des employeurs soumis à l'obligation d'assurance chômage. L'État, les collectivités territoriales, leurs établissements publics administratifs, scientifiques ou culturels et les particuliers employeurs sont exclus, pour l'ensemble de leurs salariés.

Cette mesure prévoit un renforcement de la réduction dite Fillon qui concernerait désormais les cotisations de retraite complémentaire ainsi que les cotisations d'assurance chômage. La limitation relative aux cotisations accident du travail et maladie professionnelle (AT-MP) pourrait également être supprimée.

État du droit

Les **salaires versés inférieurs à 1,6 fois le SMIC** ouvrent droit à une réduction des cotisations patronales (réduction dite « Fillon ») dues au titre des assurances sociales (maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès) et des allocations familiales. Cette réduction concerne également la contribution au Fonds national d'aide au logement (FNAL), la contribution solidarité autonomie (CSA) et dans une certaine limite, les cotisations patronales AT/MP (accidents du travail/maladies professionnelles). C'est dans ce cadre qu'est mis en œuvre le dispositif « zéro cotisations Urssaf » au niveau du Smic prévu par le Pacte de responsabilité et de solidarité. Accessible à toutes les entreprises, ce dispositif peut, le cas échéant, être cumulé avec la réduction des cotisations patronales applicables au titre des heures supplémentaires. Le cumul est également possible, sous certaines conditions, avec l'exonération prévue au titre de l'aide à domicile pour les employés des structures concernées.

- Le montant de la réduction est calculé chaque année civile, pour chaque salarié ; il est égal au produit de la rémunération brute annuelle du salarié définie à l'article L. 242-1 du code de la Sécurité sociale par un coefficient. Depuis le 1er janvier 2016, le taux maximum de la réduction (salarié payé au SMIC) atteint 28,42 points pour les employeurs de 20 salariés et plus (employeurs soumis à une contribution au Fnal de 0,5 %) et 28,02 points pour les employeurs de moins de 20 salariés (employeurs soumis à une contribution au Fnal de 0,10 %).

Dans un contexte particulièrement contraint, le dispositif de crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) est un soulagement pour le secteur associatif qui doit assurer un accompagnement de qualité pour les personnes âgées et les personnes handicapées. L'ensemble des marges de manœuvre octroyées au secteur associatif doivent être maintenues et renforcées. Les acteurs associatifs doivent effectivement être en mesure de disposer de toutes les marges de manœuvre nécessaires afin d'anticiper et de s'adapter aux réformes structurelles en cours, de faire évoluer leur offre, leurs accompagnements, de s'inscrire pleinement dans un mouvement de transformation de l'offre sociale et médico-sociale en cours. Le réseau Uniopss-Uniopss se félicite préalablement de l'absence de suppression brutale du CITS à compter de 2018.

Pour autant, le coefficient maximum de la réduction Fillon ne serait pas fixé par la loi mais par décret. Dès lors qu'il n'est pas confirmé que le cumul des deux mesures (Fillon renforcé + art. 8 PLFSS 2018) assurent le maintien ou du renforcement des bénéfices du CITS dans le cadre de cet allègement de charge, le réseau Uniopss-Uniopss demande la suppression dudit projet d'article.

- **Le réseau Uniopss-Uriopss réalise actuellement une enquête auprès d'établissements et services (PA/PH) de différentes tailles. Cette enquête vise à évaluer, autant que de possible, dans l'attente de la publication des textes réglementaires, l'impact réel de la compensation du CITS par un allègement de charges compte tenu du cumul des deux mesures (réduction Fillon et allègement de charges PLFSS 2018).**

Article 18 : transferts entre l'État et la sécurité sociale et entre les branches de sécurité sociale.

Le code de l'action sociale et des familles (CASF) organise le budget de la CNSA en 7 sections de dépenses. C'est au sein de ces sections que sont affectées les ressources de la CNSA et notamment la contribution de solidarité pour l'autonomie (CASA). A ce jour, la part de la CASA affectée au financement de l'APA (section II du budget de la CNSA) est de 70,5%. Le PLFSS 2018 prévoit de rabaisser ce pourcentage à 61,4%, soit une baisse de 9,1% (ce qui représente environ 64 millions d'euros). De même, l'affectation de la CASA à la section V qui finance notamment les dotations de la CNSA pour la conférence des financeurs passerait de 28% à 23,9% soit une baisse de 4,1% (ce qui représente environ 29 millions d'euros). Ces fractions de la CASA sont réaffectées dans la section I du budget de la CNSA pour participer au financement des établissements pour personnes âgées (pour 6,6% de la CASA) et des établissements pour personnes en situation de handicap (pour 6,6% de la CASA).

L'exposé des motifs du PLFSS justifie ce transfert en se bornant à indiquer que *la contribution additionnelle de solidarité autonome (CASA) est réaffectée à l'OGD, afin de faire face à ses besoins de financement.*

Ce transfert d'affectation de la CASA est un signe très inquiétant pour la prévention et la prise en charge des personnes âgées dépendantes et cela pour les raisons suivantes :

- Après des années de revendications, la CASA avait été affectée principalement au financement de l'APA et de la prévention. Alors que les besoins en la matière sont en augmentation, la participation de l'État diminue sans qu'aucun remplacement ne soit prévu.
- L'affectation de la CASA au financement de l'APA et de la conférence des financeurs avait été décidé à la suite de l'entrée en vigueur de la loi ASV. Or, même si à ce jour les dotations de la CNSA en la matière n'ont pas été entièrement dépensées par certains départements, cela ne justifie pas d'en diminuer le montant. En effet, au vu de son importance et de sa complexité la loi ASV n'a pas fini de « monter en charge » : tous les départements n'ont pas achevé la mise en place de la conférence des financeurs, n'ont pas réévalué les plans d'aide suite au relèvement des plafonds d'APA, n'ont pas encore mis en œuvre le financement des dispositifs de répit des aidants. A ce titre, diminuer l'affectation de l'APA sur ces deux postes à compter de l'année 2018 risque d'avoir des conséquences graves, cette année devant être la première où ces dispositifs trouveront leur plein développement.
- Ce changement d'affectation de la CASA traduit surtout le manque de perspectives pérennes en matière de financement du secteur médico-social. Alors que les évolutions démographiques et sociales vont vers une augmentation des besoins, surtout à domicile, le gouvernement n'agit que par système de « vase communicant » sans aborder le problème de fonds des moyens alloués à la prévention et la prise en charge de la dépendance.

Par ailleurs justifier une telle réaffectation, comme cela a été avancé par le Gouvernement, par le fait que, la CASA ayant eu un meilleur « rendement » que prévu lors du chiffrage du financement de la loi ASV, des fonds sont donc disponibles pour être réaffectés aux établissements PA/PH apparaît comme spécieux à trois titres :

- Il implique qu'une répartition de la CASA en pourcentage au sein du budget de la CNSA est vide de sens, car elle serait en fait appréciée en valeur absolue ;

- La montée en charge de l'application de la loi ASV par les départements n'est pas achevée et son coût réel n'est donc pas encore appréciable ;
- Un amendement du gouvernement a mis à la charge des fonds alloués pour les conférences des financeurs le coût du fonctionnement de ces dernières mais aussi le coût du fonctionnement des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie. Ainsi, alors que la part du budget de la CNSA diminue à ce titre, le Gouvernement augmente les dépenses à la charge de cette section ce qui est incohérent.
- Ce raisonnement implique que les besoins de financements du champ de l'aide à domicile sont stables alors qu'il est acquis que ces besoins sont en augmentation et que les financements sont actuellement insuffisants. Ainsi, le raisonnement du gouvernement serait fondé si les dépenses d'APA devaient rester stables. Or il est certain qu'elles vont croître comme l'a encore affirmé le rapport de la Cour des comptes sur les finances publiques locales qui annonce « une accélération des dépenses d'APA » et que la diminution de la participation de l'État va accroître la charge des départements à ce titre.

Cette mesure est donc en contradiction avec les annonces gouvernementales et notamment l'objectif affiché d'aider au maintien à domicile des personnes âgées le plus longtemps possible. Le réseau Uniopss-Uniops demande, en ce sens, la suppression des alinéas relatifs à la réaffectation de l'APA doivent être supprimés (en pièce jointe).

Article 50 : Efficience et adaptation de l'offre aux besoins du secteur médico-social.

Cette mesure étend notamment la **fin de l'opposabilité des accords de branche, conventions collectives et tous les accords d'entreprise (« conventions collectives de travail, conventions d'entreprise ou d'établissement et accords de retraite applicables aux salariés »)** aux établissements et services intervenant auprès des personnes en situation de handicap, aux SPASAD et aux SSIAD à but non lucratif **ayant signé un CPOM obligatoire**, principe d'ores et déjà en vigueur pour les EHPAD et PUV qui signent un contrat pluriannuel ou une convention pluriannuelle mentionnés aux articles L. 313-11 ou L. 313-12.

- ⇒ **Les ES PH et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** sont concernés par cette disposition dans le cadre de la conclusion d'un CPOM obligatoire ;
- ⇒ **Les EHPAD, SPASAD et PUV** sont également concernés par cette disposition dans le cadre de la conclusion d'un CPOM obligatoire (art. L313-12 CASF).

Fin d'opposabilité : il est indiqué « à l'exception **des conventions collectives de travail et conventions d'entreprise ou d'établissement** », c'est à dire tous les accords quel que soit leur niveau de négociation (entreprise/établissement ou branche).

- ⇒ **Fin de l'opposabilité pour tous les accords applicables dans les établissements** (accords de branche, CCN et accords collectifs d'entreprise) sous CPOM obligatoire.

Procédure d'agrément :

Cette disposition indique en outre qu'« à l'exception des **conventions d'entreprise ou d'établissement** », « les conventions collectives de travail, conventions d'entreprise ou d'établissement et accords de retraite applicables aux salariés des établissements et services sociaux et médico-sociaux à but non lucratif » ne prennent effet qu'après agrément donné par le ministre compétent : c'est à dire les accords collectifs d'entreprise et non les accords de branche ou CCN.

- ⇒ **La procédure d'agrément serait donc (selon l'actuelle rédaction de l'article modifié) maintenue pour les accords de branche et CCN. Cette procédure serait supprimée pour les accords collectifs d'entreprise et d'établissement conclus dans des établissements sous CPOM obligatoire.**

Sont donc exclus du champ de l'agrément, les accords d'entreprise et d'établissement pour les ESMS qui ont conclu un CPOM « obligatoire » lorsque ces accords ne concernent que les personnels qui travaillent dans une association ou un établissement relevant d'un CPOM obligatoire.

Ci-dessous, un tableau précisant les conséquences de la fin d'opposabilité des accords de branche, conventions collectives et tous les accords :

		Établissement et service sous CPOM obligatoire	Établissement et service sous CPOM non obligatoire	Entreprise avec des établissements mixtes Sous CPOM obligatoire	Entreprise avec des établissements mixtes Sous CPOM non obligatoire	Partenaires sociaux Branche
CC d'entreprise	Agrément	oui	oui	oui	oui	Sans objet
	opposabilité	oui	oui	oui	oui	Sans objet
CC Branche	Agrément	Sans objet				oui
	opposabilité	Sans objet				oui
Accord ou convention d'entreprise (ou d'établissement)	Agrément	non	oui	oui	oui	Sans objet
	opposabilité	non	oui	?	oui	Sans objet
Accord de Branche	Agrément	Sans objet				oui
	opposabilité	Sans objet				oui

La situation pourra donc être différente en fonction des activités menées par chaque association. Notons également que tous EHPAD, ES PH, SPASAD, SSIAD n'ont pas encore conclu de CPOM.

Positionnement du réseau Uniopss-Uriopss (proposition d'amendement en pièce jointe)

I. Suppression de la procédure d'agrément pour les accords d'entreprise ou d'établissement combinée à la fin de l'opposabilité de l'ensemble des accords de branche, conventions collectives et tous les accords d'entreprise

Si la fonction la plus connue de l'agrément combiné à l'opposabilité des accords agréés aux autorités de tarification est celle de l'encadrement de l'impact financier des accords dans une logique de maîtrise des dépenses, cette procédure constitue également un levier de l'intervention publique extrêmement puissant dans d'autres domaines tout aussi importants. En matière d'emploi, la structuration repose en grande partie sur des référentiels de portée nationale contenue dans les conventions et accords collectifs conclus par les partenaires sociaux et agréés par la puissance publique. Par son agrément, la puissance publique valide et soutient l'évolution des métiers, les efforts en matière de professionnalisation et de qualification. Une réforme profonde de la procédure d'agrément combinée à la suppression de l'opposabilité des accords aux autorités de tarification ne peut être envisagée qu'au regard d'une approche globale des enjeux sociaux du champ médico-social. Ainsi, il n'est pas souhaitable d'organiser une dérégulation du secteur, de réformer partiellement le dispositif d'agrément combiné au principe d'opposabilité des accords agréés ou non, sans que soient pris en compte :

- ➡ La nécessité de concerter les acteurs concernés, notamment les organisations syndicales et patronales ;
- ➡ Les impacts de cette mesure en matière de droit social (ordonnances reformant le code du travail - dites « Macron » notamment) ;

- L'état d'avancement des réformes de la tarification des établissements et services pour personnes en situation de handicap et des SSIAD qui n'ont pas encore aboutie ;
- La nécessité d'octroyer une plus grande souplesse et une meilleure capacité d'anticipation aux établissements et services sociaux et médico-sociaux dans la gestion des ressources afin que les modalités ne soient pas un frein à la mise en place de dispositifs de prise en charge plus axés sur une adaptation de la réponse à la variabilité des besoins notamment ;
- La nécessité de ne pas renforcer le déséquilibre entre les parties aux contrats dans le cadre de la conclusion de CPOM obligatoires en rendant inopposables les accords de branche, conventions collectives et tous les accords d'entreprise aux autorités de tarification et en supprimant, ainsi, un outil de défense du gestionnaire devant le juge de la tarification sans octroyer la souplesse de gestion et la capacité d'anticipation nécessaires aux gestionnaires.

Ces accords ne seraient effectivement plus opposables aux autorités de tarification mais pourraient générer des déficits qui ne seraient pas forcément repris.

Le risque d'accroissement des disparités entre les établissements et dont le coût non contrôlé ne serait pas maîtrisable a posteriori est fort. L'actuel article 50 instaure effectivement une iniquité de traitement entre les établissements et services, et donc leurs salariés, en fonction des activités menées par chaque association (activité de l'établissement ou services soumis à l'obligation de signer un CPOM obligatoire ou non).

II. Fin de l'opposabilité des accords de branche, conventions collectives et tous les accords d'entreprise aux autorités de tarification

Cette mesure étend notamment la fin de l'opposabilité des accords de branche, conventions collectives et tous les accords d'entreprise (« conventions collectives de travail, conventions d'entreprise ou d'établissement et accords de retraite applicables aux salariés ») aux établissements et services intervenant auprès des personnes en situation de handicap, aux SPASAD et aux SSIAD à but non lucratif ayant signé un CPOM obligatoire. L'article 63 de la LFSS 2009 avait d'ores et déjà mis un terme à l'opposabilité des conventions collectives et accords pour les conventions ou accords applicables aux salariés des EHPAD. L'absence d'opposabilité des accords est cohérente dans le cadre d'un modèle de tarification à la ressource.

Pour autant, en ce qui concerne les établissements et services pour personnes en situation de handicap, la réforme de la tarification est engagée de par notamment l'introduction d'une obligation à la contractualisation (CPOM) faisant évoluer les modalités de financement du prix de journée vers la dotation globale, du financement établissement par établissement au financement possible de plusieurs établissements, de l'annualité budgétaire à la pluriannualité (LFSS 2016) et la mise en place d'un nouveau cadre de présentation budgétaire, l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) dans lequel les recettes déterminent les dépenses. Pour autant, le système de tarification à la ressource coexiste encore avec le système de tarification issu de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002. Selon les catégories d'établissements et services et le choix du périmètre du CPOM, cette coexistence est parfois possible au sein d'un seul et même organisme gestionnaire. Le mode d'allocation des ressources repose effectivement sur des dotations historiques sans que les référentiels de coût qui ont émergé dans d'autres secteurs n'aient jamais été promus dans le champ du handicap. Les travaux menés dans le cadre du chantier SERAFIN PH (réforme de la tarification des ES PH MC) ont notamment vocation à déterminer un modèle de tarification liant le financement d'un établissement ou services aux besoins des personnes accueillies ou accompagnées et des prestations qui leur sont servies. La question du choix du modèle tarifaire n'a, à ce stade, toujours pas été évoquée.

De surcroît, le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) a confirmé l'absence de consécration du principe de libre affectation des résultats pour les gestionnaires d'établissements et services intervenant auprès des personnes en situation de handicap comme cela est prévu pour les EHPAD et PUV. Alors que, de surcroît, la prise en compte des accords conclus ou en cours de discussion devrait deviendrait une composante clairement identifiée du dialogue de gestion entre les employeurs et les autorités de tarification, les méthodes de négociations budgétaires observées dans le cadre de la contractualisation obligatoire, n'y laisse pas de place.

De même, la réforme tarifaire des SSIAD est indispensable. En effet le modèle tarifaire actuel, qui repose sur une dotation de l'assurance maladie pour chaque place autorisée, n'est pas adaptée à l'évolution des besoins et des spécificités des personnes prises en soin. Certains SSIAD, amenés à prendre en charge des personnes de plus en plus dépendantes, peuvent être contraints, pour rester à l'équilibre, de sélectionner les patients ou de réduire leur taux d'occupation. La dernière enquête avait par ailleurs mis en exergue des inégalités de financement importantes entre services, ne se justifiant pas toujours par des caractéristiques liées aux patients ou à la structure. Les enjeux sont importants pour renforcer la place des SSIAD dans l'accompagnement des personnes dans leur parcours de santé, dans leurs coopérations avec l'HAD, dans l'optimisation de l'organisation des sorties d'hôpital et dans l'intégration de l'aide et du soin dans le cadre des SPASAD.

À ce titre, les travaux qui ont débutés le 29 mars 2017 s'inscrivent dans ce contexte et dans l'obligation de conclusions de CPOM avant 2022. Enfin, concernant les SPASAD, il est à rappeler que la loi d'adaptation de la société au vieillissement a lancé une expérimentation sur un modèle « intégré » de ces services, expérimentation toujours en cours à ce jour.

Dans l'attente de l'aboutissement des réformes de la tarification des SSIAD et des établissements et services qui interviennent auprès des personnes en situation de handicap, il n'est, en ce sens, pas souhaitable de mettre un terme à l'opposabilité des accords de branche, conventions collectives et tous les accords d'entreprise aux autorités de tarification, garante par principe de l'équilibre entre les parties aux contrats dans le cadre de la conclusion d'un CPOM obligatoire.

La proposition d'amendement de l'Uniopss a vocation à suspendre la présente disposition dans l'attente de l'engagement d'une réforme profonde, concertée du dispositif d'agrément combiné à l'opposabilité des accords agréés à l'appui d'une analyse d'impact prenant en compte l'ensemble des domaines concernés et des réformes en cours.

Cette mesure étend par ailleurs, l'obligation de conclusion d'un CPOM et le passage à l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) aux établissements d'accueils de jour pour les personnes âgées.

Elle prévoit également la possibilité, dans le cadre d'un CPOM, pour un même gestionnaire d'établissements et services sociaux et médico-sociaux (hors EHPAD et PUV) sur un même territoire une **modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis par décret en Conseil d'État.**

Il apparaît essentiel de viser l'amélioration de l'occupation des établissements et services. L'activité cible doit toutefois être décidée non pas de manière uniforme et unilatérale, mais selon une définition et une méthodologie limpides et communes à tous les acteurs. Pour autant, afin que les objectifs d'activité fixés prennent en compte les spécificités de l'établissement ou du service, notamment celles liées aux publics accueillis, cette approche doit laisser la place à une véritable négociation entre le gestionnaire et l'autorité de tarification. Cette dernière doit effectivement permettre d'objectiver la base de calcul de l'activité et de réfléchir aux actions à mettre en œuvre pour atteindre une cible partagée.

La proposition d'amendement de l'Uniopss (en pièce jointe), allant en ce sens, a vocation à assurer la prise en compte des spécificités liées aux publics accueillis ou accompagnés lors de la fixation d'objectifs d'activité dans le cadre de la conclusion du CPOM.

L'application de ce type d'objectif doit effectivement, à titre d'exemple, selon un principe de réalité, être pondérée des interruptions inévitables de l'accompagnement médico-social sur lesquelles les établissements ou services n'ont aucune prise, qu'elles soient causées par les séjours d'hospitalisation, la fatigabilité des personnes - physique ou psychique (notamment dans les ESAT où l'assiduité des travailleurs est aléatoire du fait même de leur handicap) - ou encore par les décisions individuelles des familles concernant la présence de leurs enfants (certains établissements vont jusqu'à nous interroger sur la possibilité de facturer directement les familles, en cas d'absences injustifiées répétées de leurs enfants).

Le PLFSS pour 2018 prévoit, enfin, la consécration du principe de liberté d'affectation des résultats pour tous les établissements et services qui signent un CPOM obligatoire. Ce principe était d'ores et déjà en vigueur pour les EHPAD et PUV qui signent un CPOM obligatoire. L'Uniopss avait porté une proposition d'amendement en ce sens dans le cadre des débats lors de la première lecture à l'assemblée nationale.

La généralisation des CPOM et de l'EPRD entendent favoriser la fluidité du parcours des personnes en situation de handicap en octroyant notamment une plus grande souplesse de gestion et une meilleure capacité d'anticipation aux établissements et services accueillant ou intervenant auprès des personnes en situation de handicap et en permettant une meilleure adaptation de l'offre aux besoins des personnes. Le décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) a confirmé l'absence de consécration du principe de libre affectation des résultats pour les gestionnaires d'établissements et services intervenant auprès des personnes en situation de handicap comme cela est prévu pour les EHPAD et PUV.

Dans le cadre de conclusion d'un CPOM, dans une logique de responsabilisation des gestionnaires et de tarification à la ressource, les gestionnaires d'établissements et services doivent pourtant pouvoir être en mesure d'anticiper les différentes évolutions qui interviendront, à minima, au cours des cinq années. La consécration de la possibilité, pour le gestionnaire, de fixer librement les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs irait pleinement en ce sens et s'inscrirait en parfaite cohérence avec la démarche « une réponse accompagnée pour tous » qui entend notamment favoriser une souplesse de gestion pour une meilleure adaptation et diversification des réponses aux besoins des personnes.

Dans un contexte de contraintes budgétaires, de transformation de l'offre sociale et médico-sociale, il est effectivement primordial d'octroyer aux gestionnaires d'établissements et services l'ensemble des marges de manœuvre nécessaires leur permettant de s'adapter aux évolutions, réformes en cours, et cela afin que ne soit pas impactées à terme la qualité de l'accompagnement des personnes et la capacité des établissements et services à adapter, diversifier les réponses et à innover.

Article 51 : Transfert des missions de l'ANESM à la HAS

L'article 51 prévoit le transfert des missions de l'ANESM au sein de la HAS.

L'Uniopss est favorable à la transmission des missions de l'ANESM au sein de la HAS. Toutefois, elle souhaite s'assurer que toutes les spécificités du secteur social et médico-social puissent être reprises par la HAS, historiquement créée pour le champ du sanitaire. Elle demande, comme d'autres organisations représentatives du secteur, que la commission au sein de la Haute autorité en charge du secteur social et médico-social soit composée notamment de représentants des principaux acteurs impliqués dans le secteur du social et du médico-social, que la composition de la Haute autorité soit modifiée afin de garantir une représentation minimale du secteur social et médico-social et que la HAS soit rebaptisée en Haute autorité des Solidarités et de Santé pour mieux refléter la nouvelle mission et le nouveau champ d'action qui lui est confié. L'Uniopss demande le maintien de moyens humains et financiers dont dispose actuellement l'ANESM (amendements en pièce-jointe).

Article 50 bis (nouveau)

Le nouvel article 50 bis prévoit le financement des dépenses de fonctionnement de la conférence des financeurs de la prévention de la perte de l'autonomie des personnes âgées et des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie sur la section V du budget de la CNSA. La section V du budget de la CNSA finance les « autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, qui retrace le financement des autres actions qui entrent dans le champ de compétence de la caisse, au titre desquelles notamment les dépenses d'animation et de prévention, dont celles prévues aux 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 233-1 du présent code, et les frais d'études et d'expertise dans les domaines d'action de la caisse ».

Article 55 : Diminution des dépenses du Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV) de 0,4 milliards d'euros entre 2017 et 2018.

Cette diminution s'explique par la baisse de la prise en charge par le FSV au titre minimum contributif, du fait du plafonnement de cette prise en charge à 1,7 milliard d'euros en 2018. L'amélioration de la conjoncture économique et la maîtrise des dépenses entraineraient effectivement une réduction significative des déficits sociaux. Le déficit prévisionnel de l'ensemble des régimes de base et du FSV devrait ainsi passer sous le seuil des 5 milliards d'euros en 2017, et s'établir à 2,2 milliards d'euros en 2018. Le régime général serait par ailleurs excédent dès 2018. L'ensemble des régimes de base et le FSV devraient dégager un excédent dès 2019, excédent qui progresserait sur les exercices suivants.

Branche maladie

Santé

Le gouvernement prévoit 4,165 milliards d'économies en 2018 sur la branche maladie. L'effort demandé concerne tous les acteurs : mutuelles, industriels de la santé, établissements de santé et médicaux-sociaux. **L'Uniopss s'inquiète de l'augmentation du forfait journalier hospitalier, qui, s'il est pris en charge par les mutuelles pour 95 % de la population, pèsera sur les 5 % non couverts par une complémentaire santé, particulièrement les plus fragiles (chômeurs, inactifs...).**

Par ailleurs, l'augmentation des dépenses des mutuelles aura certainement une répercussion sur les cotisations. Les usagers seront donc également mis à contribution avec un risque accru de renoncement aux soins pour les plus fragiles. À l'augmentation du forfait journalier hospitalier, s'ajoute également la prorogation et l'augmentation de la participation des organismes complémentaires au financement des travaux des nouveaux modes de rémunération *via* une taxe (prévue à l'article 15 du PLFSS pour 2018), ainsi que d'autres mesures qui verront les dépenses des mutuelles augmenter. Comme l'a déclaré Thierry Baudet, président de la Mutualité Française¹ : « Ces dépenses ont un impact sur les cotisations, car quand on augmente les dépenses des mutuelles, on augmente les dépenses des Français ».

Article 6 et 54 : ONDAM et SOUS ONDAM

La progression de l'ONDAM est de 2,3 % par rapport à 2017, contre 2,1 % entre 2016 et 2017. Le taux d'évolution de l'ONDAM ne doit pas occulter l'objectif de maîtrise des dépenses.

- Pour l'année 2018, le sous-objectif de l'ONDAM relatif aux dépenses de soins de ville est en augmentation par rapport à l'année 2015 (passage de 86,8 milliards d'euros au titre de l'année 2017 à 88,9 milliards d'euros en 2018). Cela correspond à une augmentation de 2,4 % laquelle est continue depuis 2015 (+ 7,2 % entre 2015 et 2018).
- De même, le sous-objectif des dépenses relatives aux établissements de santé est en hausse (passage de 79 milliards d'euros en 2017 à 80,7 milliards en 2018, soit + 2,2 %). Cette hausse de 2,2 % prend en compte la hausse de forfait journalier hospitalier qui passe de 18 à 20 euros.
- Le sous-objectif correspondant aux dépenses relatives au fonds d'intervention régional passe de 3 milliards en 2015 à 3,4 milliards d'euros en 2018 (soit une augmentation de 13 % sur 3 ans, et de 3,1 % par rapport à 2017). L'augmentation du Fonds d'Intervention Régional (FIR) paraît très contenue par rapport aux ambitions affichées du gouvernement en matière de prévention.

¹ Interview de Thierry Baudet - Article Les Echos, 26 septembre 2017

Evolution de l'ONDAM 2018 par sous-objectif

	Niveau des dépenses par sous-objectifs Md €	Taux de progression	Pour mémoire : taux de progression voté en LFSS 2017
Soins de ville	88,9	2,4%	2,1%
Etablissements de santé	80,7	2,0%/ 2,2% avec FJH	2,0%
Etablissements et services médico-sociaux	20,5	2,6%	2,9%
Fonds d'intervention régionale	3,4	3,1%	2,1%
Autres prises en charge	1,8	4,3%	4,6%
Total	195,2	2,3%	2,1%

Economies attendues en 2018 (en millions d'€)

Structuration de l'offre de soins	1465
<i>Structurer des parcours de soins efficaces</i>	250
<i>Améliorer la performance interne des établissements de santé et médico-sociaux</i>	1215
<i>Optimisation des achats et autres dépenses</i>	575
<i>Liste en sus et autorisation temporaire d'utilisation</i>	390
<i>Rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'objectif global de dépense</i>	200
<i>Améliorer la performance interne des établissements médico-sociaux</i>	50
Pertinence et efficacité des produits de santé	1490
<i>Baisse de prix des médicaments</i>	480
<i>Promotion et développement des génériques</i>	340
<i>Biosimilaires</i>	40
<i>Baisse des tarifs des dispositifs médicaux</i>	100
<i>Maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments et dispositifs médicaux</i>	320
<i>Remises</i>	210
Pertinence et qualité des actes	335
<i>Maîtrise médicalisée</i>	110
<i>Actions de pertinence et adaptations tarifaires des actes de biologie, imagerie et autres actes médicaux en ville et à l'hôpital</i>	225
Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports	240
<i>Transport</i>	75
<i>Indemnités journalières</i>	165
Contrôle et lutte contre la fraude	90
Autres mesures	545
<i>Actualisation du forfait journalier hospitalier</i>	200
<i>Participation des organismes complémentaires au financement de la convention médicale</i>	100
<i>Pertinence et gestion dynamique du panier de soins</i>	180
<i>Evolution des cotisations des professionnels de santé</i>	65
TOTAL	4165

Source : Dossier de Presse PLFSS 2018

Les principales modifications apportées par l'Assemblée Nationale au texte initial :

- Un article 13 bis a été introduit et prévoit un nouveau modèle de taxation des boissons sucrées
- A l'article 34, une disposition est modifiée et prévoit une évaluation de l'impact de l'élargissement des obligations vaccinales réalisée par le gouvernement chaque année à compter du dernier trimestre 2019 et rendue publique.
- Création de l'article 34bis, qui modifie le code de la sécurité sociale et permet de limiter ou de supprimer la participation aux frais, pour une consultation unique de prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus pour les personnes assurées âgées de 25 ans. Cet article ouvre la possibilité d'une prise en charge à 100% par la sécurité sociale, les conditions doivent être fixées par décret en Conseil d'État.
- L'article 44 ter a été ajouté (amendement défendu par l'Uniopss) : il dispose qu'un rapport sera remis au gouvernement sur l'accès financier aux soins des personnes en situation de handicap et en situation de précarité, ce d'ici six mois à compter de la promulgation de la présente loi.
- L'article 44 bis proposé par le gouvernement, prévoit la suppression de l'échéance de généralisation du tiers-payant prévue au 30 novembre 2017 par l'article 83 de la loi de modernisation de notre système de santé, et la remise d'un rapport du gouvernement au Parlement d'ici le 31 mars 2018 pour rendre le tiers payant généralisable : calendrier, pré requis techniques sur la part assurance maladie obligatoire et sur la part organismes complémentaires.
- Introduction d'un article 33bis qui dispose qu'un rapport sur l'exposition des salariés aux risques chimiques est remis par le gouvernement au Parlement dans les six mois à compter de la promulgation de la loi. Ce rapport porte notamment sur les conséquences de l'exposition à ces risques sur la santé des salariés, les actions de prévention existantes, ainsi que les coûts de prise en charge induits pour la sécurité sociale.
- ➊ L'Uniopss regrette que l'amendement concernant l'AME porté par de nombreuses organisations dont l'Uniopss, et adopté par la Commission des Affaires sociales, ait été rejeté en séance plénière : cet amendement prévoit qu'**un rapport du gouvernement soit remis au Parlement sur la mise en œuvre de l'intégration de l'Aide Médicale d'État (AME) dans l'assurance maladie, et l'accès pour tous à une complémentaire santé (cf. détails ci-après)**. En séance, devant les députés, la Ministre Agnès Buzyn s'est dite défavorable à un tel rapport, arguant de deux logiques distinctes et indépassables entre l'AME financée par l'État d'un côté, et l'Assurance maladie de l'autre. L'Uniopss s'étonne d'un tel argument, d'autant qu'un certain nombre de dispositifs, financés par l'État, ont été transférés à l'assurance maladie (ex : les ESAT en 2016-2017, le Fonds d'Intervention Régional (FIR) qui relève exclusivement de l'Assurance maladie depuis 2017 après avoir fait l'objet d'un co-financement État-Assurance maladie). Sans nier les implications d'une intégration de l'AME dans l'assurance maladie, l'Uniopss et plusieurs associations proposent un rapport qui vise précisément à étudier les étapes de mise en œuvre opérationnelle d'une telle mesure, et l'identification des éventuels blocages ou difficultés afin d'y apporter des solutions.

Article 12 : Augmentation de la fiscalité du tabac

L'article prévoit une augmentation en deux temps des droits de consommation applicables au tabac, au 1^{er} mars 2018 et au 1^{er} avril 2019, qui devraient se traduire par une augmentation du prix du paquet de cigarettes pour atteindre 10 euros en 2019. À noter que tous les types de produits sont concernés : cigares, cigarillos, tabacs à rouler, tabacs à priser et à mâcher.

L'Uniopss se réjouit de cette mesure, reconnue par l'OMS comme le moyen le plus efficace de diminuer la consommation. Toutefois, le tabagisme touche plus particulièrement les plus pauvres, qui peuvent rencontrer davantage de difficultés avec la hausse des prix.

L'Uniopss souligne l'importance d'accompagner les fumeurs à l'arrêt du tabac, et de mettre en place de véritables politiques de prévention et de promotion de la santé. L'impact de la mesure pourrait s'avérer plus faible qu'espéré, si elle ne s'accompagne pas du développement d'actions de prévention des addictions.

Les orientations du PLF, qui prévoient une diminution des crédits accordés aux actions 12, 14 et 15 relatives à la prévention et à l'éducation à la santé, ne semblent pas cohérentes avec cette mesure.

Article 34 : Vaccination obligatoire des enfants

L'article 34 prévoit de rendre obligatoires 11 vaccins à partir du 1^{er} juin 2018 pour tous les enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2018 :

- la vaccination antidiphtérique ;
- la vaccination anti-tétanique ;
- la vaccination antipoliomyélitique ;
- la vaccination contre la coqueluche ;
- la vaccination contre les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type B ;
- la vaccination contre le virus de l'Hépatite B ;
- la vaccination contre les infections invasives à pneumocoque ;
- la vaccination contre le méningocoque de sérogroupe C ;
- la vaccination contre la rougeole ;
- la vaccination contre les oreillons ;
- la vaccination contre la rubéole.

Depuis plus de 50 ans, trois vaccins étaient obligatoires (diphtérie, tétanos et poliomyélite), les huit autres étaient seulement recommandés. Cette différenciation entre vaccins obligatoires et recommandés n'était plus pertinente². Cette mesure s'inscrit dans un contexte de recrudescence de certaines maladies et foyers épidémiques (rougeole notamment). Elle fait suite au rapport de Sandrine Hurel sur la politique vaccinale remis en janvier 2016, et à une consultation citoyenne lancée en janvier 2016 par l'ancienne ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine. Le comité d'orientation citoyen avait étudié plusieurs scénarii et conclu à la mise en place d'un élargissement temporaire de l'obligation vaccinale avec clause d'exemption (mais avec un risque de refus d'entrer en collectivité des enfants non vaccinés).

L'actuel gouvernement a tranché et rend obligatoires 11 vaccins sans clause d'exemption. Les vaccins sont obligatoires pour toute admission ou maintien dans une école, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants. A noter que les sanctions prévues auparavant sont supprimées car le Code pénal prévoit une infraction générale.

Les députés ont introduit une disposition qui prévoit « une évaluation de l'impact de l'élargissement des obligations vaccinales réalisée par le gouvernement chaque année à compter du dernier trimestre 2019 et rendue publique. »

² Cf. Rapport de Sandrine HUREL sur la politique vaccinale, 12 janvier 2016

Article 35 : Cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé (santé et médico-social)

Cette mesure entend proposer un cadre légal général permettant le déploiement d'expérimentations innovantes sur le territoire et d'apporter les ajustements techniques nécessaires au maintien des expérimentations existantes. La durée de ces expérimentations ne pourrait excéder 5 années.

Il est à noter que ces expérimentations pourraient notamment avoir pour objectif de déroger aux règles de la tarification applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (L. 321-1 CASF).

Les expérimentations pourront concerner :

1. Des nouvelles organisations dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration du parcours de patient, de l'efficacité et de l'accès aux soins :

- Une meilleure coordination des acteurs au service du parcours de santé des personnes.
- Décloisonner la prise en charge des patients pour une séquence de soins.
- Développer les modes d'exercice regroupés en participant à la structuration des soins primaires.
- Favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones les plus fragilisées à faible densité médicale.

2. Contribuer au remboursement pertinent des médicaments ou des produits et prestations associées et à la qualité des prescriptions.

Elle prévoit la mise en place :

- D'un conseil stratégique chargé de formuler des propositions sur les innovations dans le système de santé, de prendre connaissance du déploiement des expérimentations par un état des lieux transmis régulièrement et de leurs rapports d'évaluation.
- D'un comité technique chargé d'émettre un avis sur les expérimentations, leur mode de financement et de déterminer leurs modalités d'évaluation. Ce comité serait composé de représentants de l'assurance maladie, des ministres chargés de la Sécurité sociale et de la santé et des ARS.

« Les catégories d'expérimentations, les modalités de sélection, d'autorisation, de financement et d'évaluation des expérimentations selon le niveau territorial ou national de celles-ci, les modalités d'information des patients ainsi que la composition et les missions du comité technique sont précisées par décret en Conseil d'État. »

- ➔ Le texte provisoire adopté par l'Assemblée Nationale ne prévoit pas que la composition du conseil stratégique soit également fixée par décret, tel que prévu par le texte initial.

La Haute Autorité de la Santé serait saisie par le comité technique pour avis des projets d'expérimentations comportant des dérogations à des dispositions du Code de la Santé Publique relatives à la qualité et la sécurité des soins.

Financement de tout ou partie des expérimentations : un fonds pour l'innovation du système de santé dont les ressources seraient constituées par une dotation du régime général de l'assurance maladie et dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la Sécurité sociale et de la santé, serait mis en place. L'évaluation des expérimentations serait également financée sur cette enveloppe.

L'Uniopss se réjouit que le fonds puisse être utilisé pour développer les modes d'exercice regroupés, notamment les centres de santé : structures non lucratives soutenues par l'Uniopss. Ce sont de véritables outils de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Par ailleurs, l'observatoire des centres de santé, lancé en 2017 et piloté par la DGOS reconnaît « leur fonctionnement orienté vers une prise en charge globale, continue et innovante. »

L'Uniopss souhaite que la **Conférence Nationale de Santé** puisse être consultée sur l'utilisation du fonds pour l'innovation du système de santé. Elle a ainsi proposé l'ajout de l'alinéa suivant :

« V. Le gouvernement présente chaque année à la Conférence Nationale de Santé un état des lieux des expérimentations et lui remet, au plus tard un an après la fin de l'expérimentation, le rapport d'évaluation. La Conférence Nationale de Santé émet chaque année, à la suite de l'état des lieux, un avis sur les expérimentations financées. »

La Conférence Nationale de Santé, organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la Santé a trois missions :

1. formuler des avis sur l'amélioration du système de santé ;
2. élaborer chaque année un rapport sur les respects des droits des usagers ;
3. contribuer à l'organisation de débats publics sur les questions de santé.

Elle compte 120 membres représentatifs de tous les acteurs du système de santé.

Formuler un avis sur ce nouveau cadre d'expérimentation pour l'innovation dans le système de santé correspond à sa mission première concernant l'amélioration du système de santé.

Article 36 : Télémédecine et télésurveillance

Prise en charge de certains actes de télémédecine par l'assurance maladie (télé-expertise), abrogation du cadre expérimental sans rupture de prise en charge pour les activités déjà développées. Mise en place d'un dispositif expérimental pour les actes de télésurveillance.

Afin d'élargir les usages de la télémédecine, l'article 36 de la LFSS 2014 a prévu une expérimentation visant à poser un cadre organisationnel propice à la structuration de projets locaux et à la détermination des modalités d'intégration dans le droit commun du financement des actes de télémédecine. **L'actuel article 36 prévoit, en ce sens, une bascule vers le financement de droit commun de la prise en charge par l'assurance maladie, de certains actes de télémédecine.**

- La télé-expertise intègre le droit commun de la prise en charge par l'assurance maladie selon des modalités fixées dans le cadre d'une convention.
- Pour la télésurveillance, un dispositif expérimental renouvelé est prévu.

Le texte prévoit une évaluation médico-économique, sociale, qualitative et quantitative de ces expérimentations, réalisée ou validée par la Haute Autorité de Santé. Cette évaluation fera l'objet d'un rapport du gouvernement au Parlement avant le 30 juin 2019.

Article 39 : Renforcer la pertinence et l'efficacité des prescriptions hospitalières

L'article 39 du PLFSS 2018 introduit un mécanisme d'intéressement pour les établissements à partir de la réalisation des objectifs du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficacité des Soins (CAQES). Ce mécanisme entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2019, les CAQES devant eux-mêmes être conclus et entrés en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2018.

L'intéressement sera notifié par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans la limite des 30 % d'économies constatées.

Le CAQES a été créé par l'article 81 de la LFSS pour 2016. Une instruction a récemment précisé les modalités d'application et de fonctionnement³. Il regroupe plusieurs dispositifs : le contrat de bon

³ INSTRUCTION INTERMINISTRIELLE N° DSS/A1/CNAMTS/2017/234 du 26 juillet 2017 relative à la mise en œuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

usage du médicament et trois volets additionnels : les transports, l'amélioration des pratiques (avec 3 risques ciblés : médicamenteux, infectieux et rupture de parcours) et l'application du plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (Paprap).

Le CAQES s'applique à tous les établissements de santé (MCO, psychiatrie, HAD, SSR, USLD). L'instruction précise que si tous les contrats doivent être conclus au 31 décembre 2017, la contractualisation sur les volets additionnels pourra être plus progressive.

L'Uniopss ne remet pas en cause l'outil CAQES ni le principe de fixer des objectifs et indicateurs de qualité. Toutefois, l'article 39 introduit une forme de paiement à la performance pour les établissements de santé qui interroge.

Cette mesure va à l'encontre du rapport d'Olivier Véran, actuel rapporteur du PLFSS, sur l'évolution des modes de financements des établissements de santé : « Cette démarche du « pay for performance » fait débat, et les premiers résultats dans les pays qui l'expérimentent sont largement considérés comme décevants. Préoccupons-nous dans un premier temps d'établir des mesures appropriées de la qualité, il sera temps ensuite d'apprécier si ces mesures doivent être intégrées dans la rémunération des établissements. » (p.5 du Rapport).

Il est prématuré de créer une mesure d'intéressement sur un dispositif, le CAQES, dont l'entrée en vigueur n'est prévue qu'à compter du 1^{er} janvier 2018. Il est nécessaire dans un premier temps d'observer la mise en place de ce CAQES et l'appropriation de cet outil par les établissements de santé avant d'envisager toute mesure d'intéressement. Les objectifs des CAQES ne sont pas connus puisqu'ils sont en train d'être élaborés.

Par ailleurs, la mise en place d'un intéressement sur les économies réalisées pourrait pénaliser les établissements de santé qui accueillent les personnes les plus fragiles (personnes en situation de handicap, personnes en situation de précarité) ou les cas les plus complexes. Ces établissements pourraient être en difficulté sur l'atteinte d'une partie des objectifs du contrat, si le temps et le recul nécessaire n'est pas pris quant à l'appropriation de cet outil. Le rapport Véran précise d'ailleurs que « *les hôpitaux les plus souvent pénalisés par ces dispositifs étaient ceux qui recevaient des patients de catégories socio-économiques modestes* ».

L'Uniopss a proposé un amendement au PLFSS pour supprimer cet article et un amendement de repli visant à reporter l'entrée en vigueur de la mesure d'intéressement, prévue dans le texte initial en 2019, à 2020, le temps d'apprécier la pertinence des indicateurs et l'appropriation de l'outil par les établissements de santé.

À noter, dans le texte initial, la mesure d'intéressement ne visait que les économies réalisées et non l'atteinte d'objectifs de qualité. Les députés en séance ont ajouté que la mesure d'intéressement pourrait être également établie en fonction « du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat ».

Article 44 : Report de l'application du règlement arbitral

Cet article repousse d'un an une partie de l'application du règlement arbitral, résultat de l'absence d'accord entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les représentants des chirurgiens-dentistes.

Ce règlement arbitral prévoit notamment la mise en place d'un plafonnement progressif des tarifs des soins prothétiques, avec en contrepartie, une revalorisation de la base de remboursement des soins conservateurs par l'assurance maladie et des mesures en faveur de la prévention et de l'accès aux soins des personnes handicapées.

L'Uniopss ne peut que regretter le report de ces mesures qui améliorent l'accès aux soins. Elle espère que la reprise des négociations pourra permettre d'aboutir au respect de l'engagement du Président de la République d'un accès à des offres sans aucun reste à charge pour les prothèses dentaires.

L'Uniopss a proposé un amendement au PLFSS avec la FEHAP, l'APF et l'UNAPEI, demandant un rapport du gouvernement au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, sur l'accès financier aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité.

Voici l'exposé des motifs :

La question financière est l'un des facteurs récurrents du renoncement aux soins. Or, la population en situation de handicap est relativement pauvre : 1,1 million de personnes sont bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), près de 70 000 personnes titulaires de la pension d'invalidité sont également bénéficiaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité, et vivent sous le seuil de pauvreté. Par ailleurs, le handicap peut conduire à un besoin de soins plus fréquent ou plus fractionné et le recours à des produits de santé considérés comme du confort et donc non remboursables.

La prise en compte de la question des soins spécifiques, dans le cadre de :

- l'arbitrage dentaire qui est prorogé par le présent article 44 ;
 - l'augmentation du forfait journalier hospitalier prévue par le présent PLFSS ;
 - la majoration de certaines consultations dites « complexes » et « très complexes » à compter du 1^{er} novembre selon la nouvelle convention médicale conclue entre les syndicats de médecins et l'Assurance Maladie ;
 - et en l'absence d'un tiers-payant généralisé...
- ... remet en exergue la question de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité à laquelle il est nécessaire aujourd'hui d'apporter des réponses concrètes.

L'article 44 ter ainsi rédigé a été introduit dans le texte voté par l'Assemblée Nationale le 31 octobre 2017 :

Article 44 ter (nouveau)

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'accès financier aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité. Ce rapport porte notamment sur les restes à charge en santé liés au handicap, le niveau des avances de frais et le renoncement aux soins pour motif financier, afin d'identifier les mesures à prendre pour réduire les inégalités sociales d'accès à la santé pour les personnes fragiles.

Article 44 additionnel : Rapport sur l'intégration de l'AME dans l'assurance maladie

L'Uniopss, Médecins du Monde et la Fédération des Acteurs de Solidarité soutiennent un amendement qui prévoit un rapport du gouvernement au Parlement sur la mise en œuvre de l'intégration de l'Aide Médicale d'État (AME) dans l'assurance maladie, et l'accès pour tous à une complémentaire santé.

Le rapport établit :

- Un état des lieux des dysfonctionnements dans l'accès des personnes aux dispositifs de l'AME, de la Protection universelle maladie, et des complémentaires santé (aide à la complémentaire santé, couverture maladie universelle complémentaire).
- Une évaluation de l'impact de cette intégration en termes de coûts évités pour le système de santé.
- Des propositions de modalités opérationnelles pour sa mise en œuvre effective (financement, évolution du cadre légal, pilotage, suivi, évaluation) et les mesures nécessaires pour garantir un accès effectif des personnes en situation de précarité sociale à une couverture maladie.

Cette proposition est partagée par de nombreuses institutions, qui recommandent depuis plusieurs années d'inclure l'AME dans le régime général de Sécurité sociale (dont l'IGAS, l'IGF et le Défenseur des droits). Récemment, le 20 juin 2017, l'Académie nationale de médecine a, dans son rapport intitulé « Précarité, pauvreté et santé », préconisé cette même fusion des dispositifs.

Cette mesure permettrait de réduire la complexité administrative, le non recours ou le recours tardif aux soins.

- Cet amendement, adopté en Commission des Affaires sociales de l'Assemblée Nationale a ensuite été rejeté en séance plénière. Devant l'Assemblée, la Ministre Agnès Buzyn s'est dite défavorable à un tel rapport, arguant de deux logiques distinctes et indépassables entre l'AME financée par l'État et l'Assurance maladie. L'Uniopss s'étonne d'un tel argument, le rapport visant à étudier les étapes de mise en œuvre opérationnelle et les éventuels blocages ou difficultés, d'autant qu'un certain nombre de dispositifs, financés par l'État, ont été transférés à l'assurance maladie (ex : les ESAT en 2016-2017, le Fonds d'Intervention Régional (FIR) qui relève exclusivement de l'Assurance maladie depuis 2017 après avoir fait l'objet d'un co-financement État-Assurance maladie).

Article 45 : Report du déploiement de la FIDES

La facturation individuelle des établissements de santé pour les prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire figure dans nombre de LFSS (2011, 2013) et a été repoussée maintes fois.

Elle est déjà en place pour les actes et consultations externes. L'article du PLFSS 2018 prévoit sa mise en œuvre pour les séjours hospitaliers sur un calendrier de 4 ans avec une généralisation au 1^{er} mars 2022, alors qu'elle devait entrer en vigueur pour les séjours hospitaliers au 1^{er} mars 2018 d'après la LFSS pour 2014.

Cette mesure est pour le gouvernement « un enjeu majeur de maîtrise médicalisée des dépenses de santé ». Les quatre ans doivent permettre d'accompagner les établissements dans la mise en place de processus administratifs et de production de l'information médico-économique ainsi que de travailler sur la mise à niveau des logiciels.

Article 46 : Suppression de la dégressivité tarifaire

L'article supprime la dégressivité tarifaire, introduite dans la LFSS pour 2014. Au-delà d'un certain seuil d'activité, les établissements se voyaient appliquer un taux de minoration des tarifs de 20 % appliqué à l'activité réalisée au-delà du seuil. Ce dispositif de régulation micro-économique n'a pas montré son efficacité, sa mise en œuvre a comporté d'importantes difficultés techniques.

L'ensemble des fédérations (FHF, FEHAP, Unicancer et FHP) souhaitaient sa suppression.

Article 48 : Déploiement de la réforme du financement des Services de Soins de suite et de Réadaptation (SSR)

Cet article s'inscrit dans le prolongement des LFSS 2016 et 2017 qui avaient initié la réforme des financements des SSR. Pour mémoire, le nouveau modèle tarifaire proposé pour ces services est commun aux secteurs public, privé non lucratif et privé lucratif. La LFSS 2017 prévoyait un modèle transitoire (du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018), combinant les modalités antérieures de financement (90 %) et le nouveau dispositif prévu de dotation modulée à l'activité (10 %), afin de garantir une mise en œuvre progressive de la réforme. Le présent article 48 du PLFSS prévoit **un déploiement plus progressif de la réforme.**

Le modèle transitoire prévu par la LFSS 2017 du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018, est étendu jusqu'au 31 décembre 2019. L'horizon 2022 reste inchangé, le nouveau modèle tarifaire complet doit entrer en vigueur au 1^{er} mars 2022.

Un coefficient de majoration avait été établi pour prendre en compte le niveau de spécialisation des SSR. Il est maintenu par le PLFSS 2018 mais sa dégressivité est supprimée.

L'application de financement complémentaire pour les molécules onéreuses et plateaux techniques spécialisés est également repoussée au **1^{er} janvier 2020** alors qu'il l'était à compter du **1^{er} janvier 2018** et du **1^{er} mars 2018**.

L'article du PLFSS introduit de la souplesse : le coefficient de transition pourra varier selon les catégories d'établissement, de même que la fraction de recettes qui déterminent la part de dotation modulée à l'activité (DMA).

L'allongement de cette période transitoire doit permettre de revoir la classification des actes dans le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) et de réaliser des simulations. Un comité de pilotage de la DGOS associe les fédérations aux travaux sur le modèle tarifaire.

L'Uniopss poursuit l'observation de cette réforme des financements des SSR, qui homogénéise ces structures et leurs ressources, afin de conforter leur mission. Ces services constituent en effet un élément pivot pour la fluidité des parcours de soins : ils sont situés à la charnière du court séjour, en amont et de la prise en charge en ville ou de l'accompagnement dans le secteur médico-social, en aval. Alternatives à l'hospitalisation complète, ces structures sont ainsi de vrais leviers pour assurer des sorties du système sanitaire dans les meilleures conditions d'autonomie.

L'Uniopss restera toutefois vigilante quant à la mise en œuvre de cette réforme, notamment s'agissant de la répartition de l'offre de soins SSR compte tenu des disparités existant en régions (entre les SSR polyvalents et les SSR spécialisés). Elle sera attentive aux simulations proposées.

Elle s'interroge également sur l'absence d'étude d'impact chiffrée en amont de cette réforme, qui aurait pourtant permis d'avoir une meilleure visibilité sur ses conséquences budgétaires.

Article 49 : Coordination des parcours de santé complexes (convergence des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes intéressant tout ou partie des personnes handicapées)

L'objectif de ce projet d'article est de faire converger les dispositifs de coordination des parcours de santé complexes PA/PH *via* l'introduction d'une possibilité de fongibilité des financements des ARS (FIR) avec une entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Cette disposition entend laisser aux agences régionales de santé une plus grande souplesse dans l'utilisation de leurs financements. Les crédits annexes non consommés en fin d'exercice pourraient désormais être reportés sur l'exercice suivant, dans la limite d'un plafond fixé par arrêté des ministres.

Cette disposition ouvre également la possibilité, pour les ARS, de reporter les crédits du fonds d'intervention régional (FIR) l'année suivante. Les crédits non consommés qui ne sont pas reportés sur l'exercice suivant et les crédits correspondant aux sommes notifiées prescrites seront effectivement pris en compte pour le calcul du montant des crédits attribués l'année suivante au titre du FIR.

Cette mesure introduit une dérogation à la nécessité d'identification des ressources du FIR destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des traumatismes et à la sécurité sanitaire, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux et aux crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins. ([Art. L. 1435-9 CSP](#)).

L'Uniopss a proposé un amendement visant à :

- améliorer la transparence de l'utilisation du FIR ;
- une mission parlementaire avec pour objectif un état des lieux des dispositifs d'appui à la coordination.

Il semble important d'améliorer la transparence concernant le fléchage et la répartition des crédits du FIR : les instances de démocratie en santé que sont les Conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA) doivent être consultées et informées chaque année par les ARS quant à l'utilisation des crédits du FIR.

Par ailleurs, l'article 49 a pour objectif de favoriser la convergence des nombreux dispositifs d'appui à la coordination territoriale. Pour remplir cet objectif, il paraît nécessaire d'établir un diagnostic auprès des acteurs de terrain (ARS, collectivités publiques, associations...) afin d'avoir une meilleure lisibilité de l'ensemble des dispositifs, de leur pertinence et de leurs zones de superposition.

L'Uniopss fait part, depuis de nombreuses années, de la nécessité de rationaliser et de rendre lisibles les dispositifs de coordination des parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. L'Union constate effectivement avec inquiétudes, une démultiplication des dispositifs de coordination des parcours des personnes (personnes âgées, personnes handicapées, personnes malades), complexe tant pour l'utilisateur, sa famille que pour les professionnels concernés. La loi d'adaptation de la société au vieillissement et la loi de modernisation de notre système de santé ont renforcé cette juxtaposition de normes, d'instances et de dispositifs d'ores et déjà constatée depuis 1997 et encore après la mise en œuvre la loi HPST. **Bien qu'il se félicite de l'octroi d'une plus grande souplesse aux ARS afin de renforcer l'efficacité et la convergence de ces dispositifs, le réseau Uniopss-Uniopss demande l'impulsion, en parallèle, d'une mission parlementaire qui aurait pour objectif de dresser un état des lieux et une évaluation de leur efficacité au regard des besoins couverts et non couverts sur les territoires, des différents dispositifs de coordination des parcours de ces personnes. L'enjeu est de taille dans un contexte de transformation de l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire, de passage d'une logique de place à une logique de réponse. (Amendement en pièce jointe).**

Afin d'illustrer l'empilement des dispositifs, voici une liste non exhaustive des dispositifs créés par la loi de modernisation de notre système de santé et par la loi d'adaptation de la société au vieillissement dont il convient de faire un état des lieux : plateformes territoriales d'appui (PTA), communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), équipes primaires de soins (EPS), conseils territoriaux de santé (CTS), conseils territoriaux de santé mentale (CTSM), conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).

Article 52 : Création de nouveaux GEM (Santé Mentale)

L'article 52 prévoit - au titre de la contribution de la CNSA aux ARS - de dédier 35,8 M€ au titre des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) dont un relèvement de 2,7 M€ correspondant à la création de 35 nouveaux GEM.

En 2016, 394 GEM étaient financés par la CNSA pour un montant moyen de 76 142 €. Le montant prévu dans le PLFSS pour 2018 pour les 35 créations, correspond à un montant moyen de 77 142 €/GEM, un montant proche de la valeur de référence fixée en 2015 de 77 348 €.

Les GEM ont été créés par la loi du 11 février 2005. 430 GEM étaient ouverts en France au 31 décembre 2016. Ce sont des outils d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en grande fragilité. Ils accueillent des personnes aux troubles de santé similaires. Ces structures qui reposent sur la philosophie de la « pair-aidance » ont le statut d'association d'utilisateurs pour plus de 90 % d'entre elles.

L'Uniopss se réjouit des moyens attribués au maintien des GEM existants et au déploiement de nouveaux GEM, structures qui ont montré leur pertinence et efficacité dans la lutte contre l'isolement des personnes fragiles, principalement des personnes souffrant de handicap psychique.

L'Uniopss

Unir les associations pour développer les solidarités

Acteur majeur du monde associatif et de l'économie sociale et solidaire, l'Uniopss représente, soutient et rassemble les acteurs associatifs des secteurs sanitaire, social et médico-social.

Présente sur tout le territoire au travers d'un réseau d'unions régionales et d'une centaine de fédérations et d'associations nationales, l'Uniopss regroupe 25 000 établissements, 750 000 salariés et un million de bénévoles.

Cet ancrage territorial, ainsi que son expertise dans l'ensemble des champs de l'action sanitaire et sociale (handicap, personnes âgées, santé, enfance, famille, jeunesse, lutte contre l'exclusion...), permet à l'Uniopss de porter une analyse transversale et de contribuer à la construction de politiques publiques ambitieuses en France et en Europe.



Les valeurs qui nous rassemblent

- ➔ Primauté de la personne
 - ➔ Non lucrativité
 - ➔ Solidarité
 - ➔ Égalité dans l'accès aux droits
 - ➔ Participation de tous à la vie de la société
-

Contact : Jérôme Voiturier, Directeur général de l'Uniopss

☎ : 01 53 36 35 30 ✉ : jvoiturier@uniopss.asso.fr

www.uniopss.asso.fr - [@uniopss](https://twitter.com/uniopss)

Uniopss • 15 rue Albert - CS 21306 - 75214 Paris cedex 13 • Tél. 01 53 36 35 00 • contact@uniopss.asso.fr •