



Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Sénat

Propositions d'amendements de l'Uniopss

Novembre 2017

Amendement de l'Uniopss

Sénat

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Amendement n° 1

Article n° 35

Est ajouté au I de l'article 35 du PLFSS, à la suite de l'alinéa IV de l'article L162-31-1 du code de la sécurité sociale, un alinéa V. ainsi formulé :

« 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. »

Exposé des motifs

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 sur l'amélioration du système de santé.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement de l'Uniopss

Sénat

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Amendement n° 2

Article n° 39

Le 2° du I de l'article n°39 est supprimé.

Exposé des motifs

Il apparaît prématuré de créer une mesure d'intéressement sur un dispositif, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) dont l'entrée en vigueur n'est prévu 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 toutes mesures d'intéressement. Les objectifs des CAQES ne sont pas connus puisqu'ils sont en train d'être élaborés.

Par ailleurs, cette mesure introduit une forme de paiement à la performance pour les établissements de santé. Les résultats dans les pays qui expérimentent une telle démarche sont considérés comme décevants. Les établissements les plus pénalisés par ce type de dispositifs sont ceux recevant des patients de catégories socio-économiques modestes. Telles sont les conclusions d'un récent rapport parlementaire sur l'évolution des modes de financement des établissements de santé.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement de l'Uniopss

Sénat

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Amendement n° 2 bis (dit de repli)

Article n° 39

Le II de l'article est modifié et rédigé ainsi :

Le I-2 s'applique à compter du 1^{er} janvier 2020.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le contrat d'amélioration de qualité et de l'efficience des soins (CAQES) entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

L'article prévoit de créer une mesure d'intéressement sur ce dispositif que les établissements n'ont pas encore mis en œuvre. 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 toutes mesures d'intéressement. L'introduction de cette mesure d'intéressement au 1^{er} janvier 2020 permettra d'avoir le recul nécessaire pour apprécier la pertinence des indicateurs et leur appropriation par les établissements.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement de l'Uniopss

Sénat

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Amendement n° 3

Article n° 49

Est ajouté un alinéa IV au présent article avec les dispositions suivantes :

« L'utilisation des crédits du fonds d'intervention régional font l'objet d'une présentation chaque année par les ARS aux Conférences régionales de santé et de l'autonomie ».

« Une mission parlementaire d'évaluation est chargée de réaliser un diagnostic au niveau local des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes, et ceux concernant les personnes âgées et handicapées. Un rapport est remis par le Parlement au Gouvernement au plus tard, un an après l'entrée en vigueur de cet article. »

Exposé des motifs

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 consultés et informés 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. Le présent amendement propose donc une mission parlementaire avec l'objectif de dresser un état des lieux sur les territoires des différents dispositifs de coordination des parcours des personnes malades, personnes âgées et personnes handicapées et une évaluation de leur efficacité, au regard des besoins couverts et non couverts.

En effet, 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)...

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement de l'Uniopss, de l'APF, de la FEHAP et de l'UNAPEI

Sénat

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Amendement n° 4

Article additionnel après l'article n° 44

Accès financier à la santé des personnes en situation de handicap et de précarité

Après l'article n° 44

Il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

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

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'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 l'article 44, ainsi que l'augmentation du forfait journalier hospitalier et la majoration de certaines consultations 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.

Tel est l'objet du présent amendement.

Adopté par
l'Assemblée Nationale
art. 44 ter (nouveau)

Amendement de l'Uniopss et Fédération Addiction

Sénat

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Amendement n° 5

Article additionnel après l'article n° 48

Renforcer l'accès à la réduction des risques et des dommages

Le chapitre I^{er} bis du titre I^{er} du livre IV de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

Après le troisième alinéa de l'article L.3411-9, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur général de l'agence régionale de santé veille à l'attribution de dotations suffisantes pour permettre à ces centres d'exercer l'ensemble de leurs missions. ».

Exposé des motifs :

La Réduction des Risques et des Dommages (RDRD) a comme objectif prioritaire de réduire les risques sanitaires, psychologiques, comportementaux et sociaux, de prévenir les dommages liés aux usages de drogues, et d'éviter leur aggravation. Il s'agit, dans une approche pragmatique fondée sur le respect de la personne et les principes de l'éthique médicale, d'intervenir le plus tôt possible dans la trajectoire des usagers actifs et d'agir au plus près de leurs usages et/ou comportements à risque.

En 2004, le législateur a inscrit la RDRD dans la loi de santé. En 2005, les missions concrètes de la réduction des risques et des dommages ont été déclinées dans un référentiel national. En 2006, des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD), dispositif médicosocial inscrit au 9° du L 312-1 du CASF, ont été institués par décret pour mettre en œuvre cette politique de RDRD.

Dans la Loi du 26 janvier 2016 dite de modernisation du système de santé, le législateur a souhaité ouvrir la RDRD à de nouveaux outils (produits de santé utiles pour la prévention des overdoses, tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) en matière de VIH et de VHC...) et élargir le champ d'intervention des CAARUD en leur confiant des missions nouvelles (analyse veille et information sur la composition des produits et la dangerosité des substances consommées, supervision des usages, mise à disposition des mesures de RDRD en milieu carcéral...).

Cet amendement vise à s'assurer que les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (environ 160 établissements sur le territoire national) disposent des moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation de leurs missions comme le préconise l'IGAS dans son rapport relatif aux dispositifs médico-sociaux en addictologie¹. Il s'agit également de s'assurer de l'accessibilité de cette offre de RDRD sur l'ensemble des territoires.

Tel est l'objet du présent amendement.

¹ Évaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives - Catherine HESSE et Dr. Gilles DUHAMEL - Février 2014

Amendement de l'Uniopss et Fédération Addiction

Sénat

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Amendement n° 6

Article additionnel après l'article n° 34

Consultations Jeunes Consommateurs : Favoriser l'accès à la prévention et à l'intervention précoce

Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre IV de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
L'article L. 3411-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Afin de lutter contre les addictions chez les jeunes, ces centres peuvent développer des consultations jeunes consommateurs financées par les régimes obligatoires de base d'assurance maladie dans le cadre de la dotation globale de financement visée au sixième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles.

Le directeur général de l'agence régionale de santé veille à ce que ces consultations jeunes consommateurs soient accessibles sur l'ensemble des territoires de démocratie sanitaire tels que définit au 1° de l'article L.1434-9 du code de la santé publique. »

Exposé des motifs

Les addictions représentent un problème majeur de santé publique. La France reste l'un des pays d'Europe les plus touchés.

Toutes les catégories de la population peuvent être concernées mais certains publics «vulnérables » sont plus particulièrement impactés, notamment les jeunes.

L'adolescence est une période particulièrement propice aux expérimentations et aux prises de risques. À titre d'exemple, l'entrée dans le tabagisme, responsable de plus de 73 000 décès chaque année, se fait presque toujours durant cette période. Or, les adolescents font preuve d'une plus grande sensibilité aux effets de la cigarette. Chez ce public, la dépendance au tabac s'installerait avant même que la consommation devienne quotidienne². Si les niveaux actuels de consommations sont inférieurs à ceux du début des années 2000, ils n'en demeurent pas moins préoccupants³.

Face à ces données alarmantes, les pouvoirs publics ont mis en place depuis 2004 un dispositif spécifique, les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC). Portées par des CSAPA⁴, ce dispositif propose des réponses adaptées en matière de prévention, de repérage précoce et de prise en charge

² Source : expertise Inserm Tabac-comprendre la dépendance pour agir, 2004

³ Sources : enquête CJC OFDT 2014 ; baromètre santé Inpes 2014 ; ESCAPAD 2008/2014 ; HBSC 2006/2010 ; ESPAD 2007/2011

⁴ Centres de Soins, d'Accompagnement, et de Prévention en Addictologie – Établissement médico-social inscrit au 9° de l'article L.312-1 du CASF

des jeunes. Comme le préconise l'INSERM⁵, les CJC développent une stratégie d'intervention précoce visant à intervenir le plus tôt possible dans l'expérience d'usage, avant que ne survienne l'addiction ou d'autres conséquences néfastes.

Affichées comme un axe prioritaire du plan gouvernemental de lutte contre les conduites addictives 2013-2017, les CJC souffrent d'un important déficit de moyens qui ne leur permet pas de se déployer sur l'ensemble des territoires et de mettre en œuvre les activités qui leur incombent règlementairement.

Pour de nombreux jeunes, ce déficit de moyens a pour effet de creuser les inégalités sociales et territoriales d'accès à une offre de prévention et d'accompagnement adaptés, en particulier pour ceux vivant dans des secteurs ruraux ou péri-urbains.

En cohérence avec la volonté du Gouvernement de renforcer la prévention et la réduction du tabagisme chez les jeunes, le présent amendement propose que chaque directeur général d'ARS s'assure que les dotations attribuées aux Consultations Jeunes Consommateurs sont suffisantes pour rendre accessible la prévention et l'intervention précoce sur l'ensemble des territoires de santé de sa région. Pour ce faire, il reprend, en le complétant, l'article 42 de la loi du 26 janvier 2016 dite de modernisation de notre système de santé.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement de l'Unioyss et de la Fédération santé habitat

Sénat

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Amendement n° 7

Article additionnel après l'article 50

Déployer l'intervention des équipes de coordination thérapeutique pour prévenir les expulsions locatives des personnes malades chroniques

Il est inséré l'article suivant :

I. - La section 4 du chapitre II du titre Ier du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un article L. 312-7-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 312-7-2. - Les appartements de coordination thérapeutique visés au 9° du I de l'article L. 312-1 peuvent fonctionner en service d'intervention à domicile pour accompagner des personnes malades chroniques et en situation de précarité. Ces interventions visent notamment la prévention des expulsions locatives. Les modalités de ces interventions et de leur financement sont fixées par voie réglementaire.

« Les appartements de coordination thérapeutique peuvent fonctionner en dispositif. Le fonctionnement en dispositif consiste en une organisation des établissements d'appartements de coordination thérapeutique en services constitués d'équipe pluridisciplinaire d'accompagnement à domicile pour les personnes malades chroniques en situation de précarité mentionnés au premier alinéa du présent article. Les interventions de ces équipes sont destinées à prévenir notamment le risque d'expulsion locative par des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins médico-psycho-sociaux des personnes qu'ils accompagnent. Dans le cadre du dispositif, ces services proposent aux bailleurs sociaux et aux locataires, directement ou en partenariat, l'ensemble des modalités d'accompagnement prévues par les équipes pluridisciplinaires des appartements de coordination thérapeutique.

Un cahier des charges fixé par décret définit les conditions de fonctionnement et de financement en dispositif intégré. »

« Le fonctionnement des services d'accompagnement à domicile pour les personnes malades chroniques en situation de précarité est subordonné à la conclusion d'une convention entre l'agence régionale de santé, les organismes de protection sociale et les établissements et services intéressés.

« Les établissements et services signataires de la convention adressent, au plus tard le 30 juin de chaque année à l'agence régionale de santé et un bilan établi selon des modalités prévues par décret.

II - Le I est applicable à compter de la conclusion des conventions mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 312-7-2 du code de l'action sociale et des familles, et au plus tard le 31 décembre 2018.

III - Un rapport portant sur les conséquences du fonctionnement en dispositif à domicile des appartements de coordination thérapeutique sur le parcours des personnes malades chroniques et en situation de précarité et sur les établissements et services concernés est remis par le Gouvernement au Parlement au plus tard le 31 décembre 2019.

Expose des motifs

Les Appartements de coordination sont des dispositifs médico-sociaux composés d'équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux de niveau II et III) permettant d'accompagner des personnes en situation de précarité, sans hébergement stable et atteint par une pathologie chronique. L'intervention des équipes d'accompagnement des ACT sous la forme de service est actuellement contrainte par le cadre réglementaire des ACT qui ne permet pas de déployer des interventions pluridisciplinaire en dehors de l'autorisation de l'ACT et donc de prévenir les expulsions locatives des personnes malades chroniques.

Il est proposé d'inscrire dans la loi le fonctionnement de l'offre existante et à venir pour favoriser le maintien dans le domicile des personnes malades chroniques en situation de précarité pour favoriser la démarche d'« allez vers » et inscrire les personnes dans un parcours de santé tout en évitant son expulsion locative.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement de l'UNA, la FNAAFP/CSF, l'ADMR, la FEHAP, l'Adessadomicile, l'Uniopss

Sénat

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Amendement n° 8

Article n° 18

L'article 18 est ainsi modifié :

Les 22ème, 24ème, 25ème et 34ème alinéas sont supprimés.

Exposé sommaire

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'Etat 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'Etat 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. C'est pourquoi les alinéas relatifs à la réaffectation de l'APA doivent être supprimés.

Amendement de l'Uniopss, l'Adessadomicile, l'UNA et de la FNAAFP/CSF

Sénat

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Amendement n° 9

Article n° 50

L'article 50 est ainsi modifié :

Les deux premiers alinéas du 4° de l'article 50 sont supprimés.

Exposé des motifs

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 ;
- Les impacts de cette mesure en matière de droit social (ordonnance 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.

L'actuel article 50 prévoyant 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 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'Etat 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. A 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.

Le présent amendement 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.

Amendement de l'Uniopss

Sénat

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Amendement n° 10

Article n° 50

L'article 50 est ainsi modifié :

À l'article 50, Il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé :

Au premier alinéa de l'article L.313-12-2 CASF après les mots « *en matière d'activité et de qualité de prise en charge* » est insérée la phrase « *Il fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs.* »

Exposé des motifs

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, 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.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement de l'Uniopss et de l'ANECAMSP

Sénat

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Amendement n° 11

Article additionnel n° **

Après l'article 57, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

I) Le code de l'action sociale est ainsi modifié :

L'article L.343-1 est ainsi complété :

« Les soins complémentaires, délivrés à titre individuel par un médecin, un auxiliaire médical, un centre de santé, un établissement de santé ou un autre établissement ou service médico-social intervenant en complément des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce et des CMPP, sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie obligatoire et ne sont pas supportés par le budget de l'établissement. Un décret met à jour les dispositions réglementaires afférentes et précise les conditions de cette prise en charge ».

II) Le code de santé publique est ainsi modifié :

L'article L.2112-8 est ainsi complété :

« Les soins complémentaires, délivrés à titre individuel par un médecin, un auxiliaire médical, un centre de santé, un établissement de santé ou un autre établissement ou service médico-social intervenant en complément des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce et des CMPP, sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie obligatoire et ne sont pas supportés par le budget de l'établissement. Un décret met à jour les dispositions réglementaires afférentes et précise les conditions de cette prise en charge ».

Exposé des motifs

Les prises en charge globales au sein des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) permettent aux enfants de 0 à 6 ans présentant un handicap, ou à risque de handicap, de trouver un lieu pour leur apporter les soins nécessaires à leur développement. Pour répondre à ses missions, les CAMSP ont parfois recours à des prises en charge libérales pour permettre un suivi thérapeutique complet, régulier et soutenu. Le financement de ces prises en charges complémentaires est remis en cause par certaines CPAM.

Le présent amendement entend consacrer le maintien du remboursement par l'assurance maladie des prises en charge des professionnels de santé libéraux (orthophonistes, kinés, ...) en complément des suivis des CAMSP ou des CMPP. Il est à noter que les enquêtes menées par l'ANECAMSP en octobre 2014 et septembre 2015 et les circulaires ou bulletins d'informations diffusés aux professionnels libéraux démontrent que dans de nombreux départements, les CPAM remboursent ces rééducations

mais que nombres d'entre-elles font encore à ce jour, une mauvaise interprétation des dispositions applicables au CAMSP et CMPP. Il convient de rappeler que si les articles R 314-122 et R 314-124 du CASF concernent l'ensemble des ESMS, le mode de financement des CAMSP relevant de l'annexe 32 bis (Décret n° 76-389 du 15 avril 1976) et des CMPP relevant de l'annexe 32 (Décret n° 56-284 du 9 mars 1956) impose une application différentes de ces articles. En effet, les annexes 24 (IME, SESSAD, ITEP.....) prévoient explicitement que les frais médicaux et les frais de transport concernant les soins en rapport avec le placement de l'enfant doivent être supportés par le budget de ces établissement et services médico-sociaux relevant de ces annexes 24. Il n'en est pas de même pour les CAMSP (et les CMPP).

Il est donc demandé de garantir le maintien durable des possibilités de recours à des prises en charge complémentaires prescrites par le médecin du CAMSP (ou du CMPP), soumise au contrôle médical et financées par l'assurance maladie et coordonnées par les CAMSP (ou les CMPP) en complétant les articles L. 2112-8 du Code de la Santé Publique et L. 343-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles puis de mettre à jour ces dispositions dans le cadre d'un décret qui modifiera les articles R314-122 et R 314-124 du CASF. Il ne s'agit pas de créer de nouvelles dépenses pour l'assurance maladie mais de pérenniser les financements liés à ces prises en charge complémentaires.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement de l'Uniopss

Sénat

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Amendement n° 12

Article n° 25

L'article 25 est supprimé.

Il est remplacé par :

« I. Le Chapitre 1^{er} du titre III du livre V du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au III de l'article L. 531-5, après le quatrième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

- lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code et aux articles L. 351-9 et L. 351-10 du code du travail ;
- aux personnes bénéficiaires du revenu mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles »

Exposé des motifs

L'article 25 est supprimé car en l'état actuel il ne permet pas d'accroître l'aide apportée aux familles ciblées, c'est-à-dire les familles monoparentales les plus en difficultés et les parents isolés qui ont un projet de reprise d'activité professionnelle.

En effet, ce projet de hausse du Complément Mode de Garde ne concernerait que des familles monoparentales ayant recours à un mode de garde pour leur enfant à temps plein ce qui est rarement le cas pour les personnes n'ayant pas d'activité professionnelle.

Dans un contexte où 1 famille monoparentale sur 3 et 1 famille nombreuse sur 5 sont en situation de pauvreté, l'amendement proposé permet d'apporter une aide majorée en soutien à l'ensemble des familles vulnérables, et notamment en situation de handicap ou en insertion professionnelle.

Amendement de l'Uniopss

Sénat

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Amendement n° 13

Article additionnel après l'article 25

I. Le premier alinéa de l'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Les mots « ce complément est versé au ménage ou à la personne sous la forme d'une aide prenant en charge partiellement le coût de la garde » sont remplacés par « ce complément est versé sous la forme d'une aide prenant en charge partiellement le coût de la garde ».

II.- A la suite de l'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale, il est créé un article L. 531-6-1 ainsi rédigé :

« Lorsque le ménage ou la personne a perçu des revenus au plus égaux à 45 % du plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article R. 531-1, l'aide est versée par les organismes débiteurs des prestations familiales à l'assistante maternelle agréée, l'association ou l'entreprise choisi par le ménage ou la personne pour assurer la garde d'un enfant au domicile du parent ou du professionnel.

L'assistante maternelle agréée ou l'organisme de garde d'enfants visé au premier alinéa du présent article s'engage à accueillir ou à organiser la garde du ou des mineurs aux horaires spécifiques de travail de la personne seule ou des deux membres du couple définis au 1° de l'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale, en urgence ou sur des périodes de très courte durée, si les conditions d'accueil le nécessitent.

Une convention signée entre l'organisme débiteur des prestations familiales et l'assistante maternelle agréée ou l'association ou entreprise de gardes d'enfants rappelle aux parties leurs engagements respectifs.

Il est mis fin au versement de l'aide à l'assistante maternelle, l'association ou l'entreprise visés au premier alinéa en cas de cessation de recours par le ménage ou la personne à l'assistante maternelle, l'association ou l'entreprise ou de non-respect des engagements figurant dans la convention conclue entre l'organisme débiteur des prestations familiales et l'assistante maternelle, l'association ou l'entreprise. »

III. – La mise en œuvre du présent article est conduite par l'organisme débiteur des prestations familiales, en partenariat avec les collectivités territoriales ou leurs groupements et les organismes locaux chargés de l'information et du conseil aux professionnels de la petite enfance.

Exposé sommaire

L'amendement introduit à la suite de l'article 28 un nouvel article qui vise mettre en place un dispositif de tiers payant applicable aux assistantes maternelles ou aux organismes qui assurent une prestation de garde d'enfant. Cet amendement s'inscrit donc dans la démarche de facilitation de la réponse au besoin prévue à l'article 28 de la présente loi.

En effet, alors qu'il s'agit du premier mode d'accueil des jeunes enfants, l'avance des frais des familles aux assistantes maternelles, 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'enfant 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 complément de Choix du mode de garde (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 assistantes maternelles 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 assistantes maternelles 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.

Amendement de l'Uniopss, Médecins du Monde et de la Fédération des Acteurs de la Solidarité

Sénat

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Amendement n° 14

Article additionnel après l'article 44

Après l'article n° 44

Il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 31 mai 2018, un rapport sur la mise en œuvre de l'intégration du dispositif d'aide médicale d'État dans l'assurance maladie et de l'accès pour tous à une complémentaire santé pour les plus précaires.

Ce rapport établit :

- ➔ Un état des lieux des dysfonctionnements dans l'accès des personnes aux dispositifs de l'Aide Médicale d'État (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.

Exposé des motifs

L'accès effectif aux soins des personnes en situation de précarité est entravé par un phénomène persistant de non-recours et de ruptures de droit à la couverture maladie. Ce phénomène est largement dû à la complexité des démarches administratives et la coexistence de plusieurs dispositifs différents, visant pourtant à répondre à des besoins similaires de la part des personnes (AME, régime général de la sécurité sociale, CMU-C). Les personnes ne comprennent pas ce à quoi elles ont droit et renoncent pour une partie d'entre elles à se soigner. Les professionnels en sont eux parfois réduits à refuser les soins aux personnes en précarité, pour ne pas avoir à assumer une charge administrative supplémentaire. Les personnes voient alors leur état de santé se dégrader et n'accèdent aux soins que lorsqu'il est déjà trop tard, générant des souffrances supplémentaires pour elles et des coûts de prise en charge bien supérieurs pour la société.

La fusion des différentes prestations permettrait de simplifier l'accès des personnes en situation de précarité sociale à la couverture maladie et à la part complémentaire, et in fine leur accès à la prévention et aux soins. 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 et l'IGF, le Défenseur des droits). Récemment, l'Académie nationale de médecine, le 20

juin 2017, a dans son rapport intitulé « Précarité, pauvreté et santé » préconisé cette même fusion des dispositifs.

Or, à ce jour aucun des rapports produits sur l'accès au droit à la couverture maladie des personnes les plus en difficulté n'établit les coûts évités par une telle réforme et les modalités pratiques et opérationnelle de sa mise en œuvre.

Le rapport du Gouvernement visé par cet amendement permettra donc de construire les conditions de mise en œuvre de cette refonte de notre système de protection, et d'en démontrer l'impact positif pour l'ensemble de notre système de santé.

Par ailleurs, la distinction financement de l'Etat d'un côté, et financement par l'Assurance Maladie de l'autre, ne saurait être un obstacle infranchissable. Ces dernières années, nombre de dispositifs ont fait l'objet d'un transfert du budget de l'Etat à celui de la sécurité sociale, des co-financements Etat-assurance maladie sont également en place. Le rapport a pour objet d'étudier et de proposer les solutions adéquates.

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement de l'Uniopss

Sénat

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Amendement n° 15

Article n° 50

L'article 50 est ainsi modifié :

Le 2° de l'article 50 est ainsi modifié :

a) Après le troisième alinéa du A du IV ter de l'article L. 313-12, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
« Pour ces établissements et services, le contrat peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité tenant compte des besoins spécifiques des personnes accueillies ou accompagnées».

b) après l'Article L. 313-12-2, il est inséré « tenant compte des besoins spécifiques des personnes accueillies ou accompagnées».

Exposé des motifs

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 présente disposition, 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).

Tel est l'objet du présent amendement.

Amendement de l'Uniopss

Sénat

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Amendement n° 16

Article n° 51

A la fin du e du 2° du II de l'article 51, il est ajouté la phrase suivante : « Cette commission, dont la dénomination et la composition est fixée par décret en Conseil d'Etat , comprend notamment des représentants de l'Etat, des collectivités territoriales, des organismes de protection sociale, des usagers, des principaux établissements publics nationaux du secteur social et médico- social, des principaux groupements ou fédérations au plan national des institutions sociales et médico-sociales, des Directeurs Généraux et Directeurs d'établissements, des employeurs et des personnels des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux. »

Au III de l'article 51, il est ajouté un 3° ainsi rédigé :

3° L'article L.161-42 est ainsi modifié :

- à la fin du premier alinéa, il est rajouté après « et notamment de ses commissions spécialisées » les mots suivants « Pour tenir compte de la spécificité de la commission prévue à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, deux des cinq membres désignés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sont choisis parmi les personnes présentant des garanties d'expertise et d'expérience en matière d'action sociale et médico-sociale telle que définie à l'article L. 116-1 du code de l'action sociale et des familles et en matière d'évaluation telle que défini dans le cahier des charges prévu au troisième alinéa de l'article L.312-8 .»

- le 2° est modifié comme suit :

« Cinq membres désignés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; »

- le 7ème alinéa est remplacé par « les huit membres mentionnés au 2° à 5° sont quatre femmes et quatre hommes. Parmi les cinq membres mentionnés au 2° sont désignés au moins deux hommes et au moins deux femmes selon les critères définis au premier alinéa du présent article. »

Le IV de l'article 51 devient le V

Après le III, il est inséré un IV ainsi rédigé :

IV : Les mots « Haute Autorité de Santé » sont remplacés par « Haute Autorité des Solidarités et de Santé » dans les codes de la sécurité sociale, de la santé publique et de l'action sociale et des familles.

Exposé des motifs

L'article 51 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 prévoit la suppression de l'Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale (ANESM) et la reprise de ses compétences

par la Haute Autorité de Santé (HAS) sans assurer la prise en compte des spécificités du secteur social et médico-social et sans concertation avec les acteurs concernés.

Le présent amendement a vocation à permettre la prise en compte des spécificités du secteur social et médico-social afin que la nouvelle organisation de la Haute Autorité de la Santé qui dispose d'une histoire et d'un champ de compétences déjà très vaste puisse appréhender toutes les spécificités d'un secteur qui comprend des structures de protection de l'enfance, de lutte contre les exclusions, d'accueil des demandeurs d'asile, de personnes âgées ou en situation de handicap, des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Ledit amendement :

- Précise que la commission au sein de la Haute autorité en charge du secteur social et médico-social sera composée notamment de représentants des principaux acteurs impliqués dans ce secteur ;
- Modifie la composition de la Haute autorité afin de garantir une représentation minimale du secteur social et médico-social ;
- Renomme l'Haute Autorité de la Santé en Haute autorité des Solidarités et de Santé pour mieux refléter la nouvelle mission et le nouveau champ d'action qui lui est confié.

Amendement du GNDA, de l'AIRe, de la FEHAP, de l'UNA, de l'ADMR et de l'Uniopss

Sénat

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Amendement n° 17

Article n° 51

A la fin du e du 2° du II de l'article 51, il est ajouté la phrase suivante : « Cette commission, dont la dénomination et la composition est fixée par décret en Conseil d'Etat, comprend notamment des représentants de l'Etat, des collectivités territoriales, des organismes de protection sociale, des usagers, des principaux établissements publics nationaux du secteur social et médico-social, des principaux groupements ou fédérations au plan national des institutions sociales et médico-sociales, des Directeurs Généraux et Directeurs d'établissements, des employeurs et des personnels des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux. »

Amendement du GNDA, de l'AIRe, de la FEHAP, de l'UNA, de l'ADMR et de l'Uniopss

Sénat

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Amendement n° 18

Article n° 51

Au III de l'article 51, il est ajouté un 3° ainsi rédigé :

3° L'article L.161-42 est ainsi modifié :

- à la fin du premier alinéa, il est rajouté après « et notamment de ses commissions spécialisées » les mots suivants « Pour tenir compte de la spécificité de la commission prévue à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, deux des cinq membres désignés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sont choisis parmi les personnes présentant des garanties d'expertise et d'expérience en matière d'action sociale et médico-sociale telle que définie à l'article L. 116-1 du code de l'action sociale et des familles et en matière d'évaluation telle que défini dans le cahier des charges prévu au troisième alinéa de l'article L.312-8. »

- le 2° est modifié comme suit :

« Cinq membres désignés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; »

- le 7^{ème} alinéa est remplacé par « les huit membres mentionnés au 2° à 5° sont quatre femmes et quatre hommes. Parmi les cinq membres mentionnés au 2° sont désignés au moins deux hommes et au moins deux femmes selon les critères définis au premier alinéa du présent article ».

Amendement du GNDA, de l'AIRe, de la FEHAP, de l'UNA, de l'ADMR et de l'Uniopss

Sénat

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Amendement n° 19

Article n° 51

Le IV de l'article 51 devient le V

Après le III, il est inséré un IV ainsi rédigé :

IV : Les mots « Haute Autorité de Santé » sont remplacés par « Haute Autorité des Solidarités et de Santé » dans les codes de la sécurité sociale, de la santé publique et de l'action sociale et des familles.

Exposé des motifs

L'article 51 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 prévoit la suppression de l'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM) et la reprise de ses compétences par la Haute autorité de santé (HAS).

Cette décision, prise sans concertation préalable, n'est pas sans inquiéter les représentants du secteur social et médico-social. En effet, l'ANESM a su prendre en compte les spécificités du secteur social et médico-social et ainsi promouvoir et soutenir une réelle démarche d'amélioration de la qualité. La crainte est donc grande que la Haute autorité de santé, qui a une histoire très ancrée dans le sanitaire et un champ de compétences déjà vaste, ne soit pas en mesure d'appréhender toutes les spécificités d'un secteur qui comprend des structures de protection de l'enfance, de lutte contre les exclusions, d'accueil des demandeurs d'asile, de personnes âgées ou en situation de handicap, des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Pour essayer de remédier à cette difficulté, il est proposé, par les trois amendements ci-dessus, d'apporter les garanties nécessaires à la poursuite et l'amplification des dispositions prise par la loi du 2 janvier 2002 dont la réussite a été saluée par la mission de l'IGAS dans le cadre de l'EPP demandée par le Premier ministre en juin 2016. Ces amendements visent :

- A préciser que la commission au sein de la Haute autorité en charge du secteur social et médico-social sera composée notamment de représentants des principaux acteurs impliqués dans ce secteur ;
- A modifier la composition du collège de la Haute autorité afin de garantir une représentation minimale du secteur social et médico-social dans l'instance décisionnelle ;
- A renommer l'HAS en Haute autorité des Solidarités et de Santé pour mieux refléter la nouvelle mission et le nouveau champ d'action qui lui sont confiés.

Amendement de l'Uniopss et de la CCMSA

Sénat

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Amendement n° 20

Article n°50

A l'article 50 il est inséré un dernier alinéa ainsi rédigé :

5) Le code de l'action sociale est ainsi modifié :

Le premier alinéa du IV ter. A de l'article L 313-12 est ainsi modifié :

«IV ter. - A. - La personne physique ou morale qui gère un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II, à l'exception des petites unités de vie non médicalisées, conclut un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le ou les présidents du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé concernés.

Les modalités spécifiques de conventionnement de ces petites unités de vie avec le conseil départemental et l'agence régionale de santé, sont prévues dans le cadre d'un décret pris en Conseil d'Etat ».

Exposé des motifs

Les Petites Unités de Vie non médicalisées dérogent au forfait global relatif aux soins par conventionnement avec un SSIAD, ainsi que l'autorise l'article L 313-12-II CASF. C'est le statut juridique détenu par une part non négligeable des Marpa, la majorité d'entre elles (81%) ayant le statut de résidence autonomie.

Concept créé par la Mutualité Sociale Agricole, les Maisons d'accueil et de résidence pour l'autonomie (MARPA), établissements relevant de la réglementation médico-sociale, constituent une solution d'hébergement intermédiaire entre le domicile et l'EHPAD, en proposant aux personnes âgées autonomes en risque de fragilité un accompagnement personnalisé, des logements privés (24 places maximum), des espaces communs de convivialité et des services facultatifs.

Outre l'intérêt que représente cette offre pour les seniors du milieu rural et périurbain, ces structures bénéficient à plus d'un titre aux territoires sur lesquels elles sont implantées :

- création d'emploi direct (6 à 9 salariés);
- surplus d'activité pour professionnels de santé locaux ainsi que les commerces ;
- contribution au rapprochement familial ;
- développement de projets intergénérationnels ;
- image positive et dynamique des communes d'implantation.

Aujourd'hui, les Marpa forment un réseau de près de 200 maisons, en fort développement en métropole mais également hors métropole. Il s'en crée environ 10 à 15 par an. Chaque projet de maison reçoit le soutien financier d'une caisse de MSA et résulte d'un partenariat avec les collectivités

territoriales. Une fois construite, elle est gérée au quotidien, soit par une association loi 1901, soit par une collectivité locale (CCAS, CIAS). L'ensemble des Marpa est regroupé au sein de la Fédération nationale des Marpa.

Pour les Marpa sous statut PUV, la MSA et la FN Marpa se sont toujours prononcées pour la troisième option, qui convient le mieux au projet spécifique des Marpa :

- garantir le fonctionnement permettant de vivre comme à domicile ;
- préserver et stimuler l'autonomie ;
- structurer les ressources de l'environnement permettant d'assurer les soins.

Ainsi, les Marpa, qu'elles soient sous statut Résidence autonomie ou PUV, ne perçoivent pas de crédits d'assurance maladie (ONDAM). En outre, le versement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) se fait comme à domicile, c'est-à-dire directement aux résidents (article L 232-5 du CASF). Il semble donc injustifié que le CPOM tripartite et l'EPRD prévus à l'article L 313-12 alinéa IV ter du CASF s'imposent aux PUV non médicalisées qui, bien qu'elles soient sous la compétence de l'agence régionale de santé (ARS), ne sont pas tarifées par cette autorité de tarification.

Les lourdeurs de gestion administratives qui seraient imposées par cette disposition législative à ces structures à effectifs et budgets réduits, majoritairement mono-établissements, sont, de surcroît, disproportionnées et mettent d'ores et déjà en difficulté les gestionnaires. Cette disposition va donc à l'encontre du mouvement de simplification administrative.

Le présent amendement a vocation à permettre aux PUV ayant opté pour la non médicalisation en interne, de déroger à l'obligation de signer un CPOM de type EHPAD avec le conseil départemental et l'ARS et à l'obligation de se conformer au dispositif de l'EPRD, dans la mesure où elles ne sont pas tarifées par ces autorités de tarification.

Afin d'organiser le dialogue entre les gestionnaires de PUV non médicalisées, les conseils départementaux et les ARS, le présent amendement prévoit, en outre, l'organisation de modalités spécifiques de conventionnement des gestionnaires de PUV non médicalisées en interne avec le Conseil Départemental et l'Agence Régionale de Santé dans le cadre d'un décret pris en Conseil d'Etat.

Tel est l'objet du présent amendement.

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 •