



Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Assemblée nationale

Analyse et propositions de l'Uniopss

Octobre 2019

INTRODUCTION

PLFSS 2020 : Du retard à l'amorçage

La loi de financement de la Sécurité sociale de 2019 avait été présentée comme une loi de transition avant la traduction l'année suivante dans le PLFSS 2020, des priorités dégagées dans le cadre de la concertation Grand Âge autonomie et un amorçage budgétaire de la future Loi Autonomie.

Alors que les secteurs sanitaires - avec la crise des urgences, et médico-social- crise des EHPAD, difficultés des professionnels dans leurs missions... ; sont exsangues ; le PLFSS 2020 ne répond pas à ces défis.

Même si le PLFSS prévoit près de 5 milliards d'euros en plus pour 2020 (et 4,2 milliards d'économie), l'Uniopss regrette que l'évolution de l'ONDAM ne réponde pas aux enjeux actuels de notre système de protection sociale et ne constitue en aucun cas l'amorçage attendu des réformes. L'Uniopss demande ainsi « une revalorisation immédiate de l'ONDAM afin de répondre aux enjeux actuels et futurs, et des mesures à la hauteur des attentes de la population en matière de prise en charge du Grand âge et de l'autonomie ». Pour ce faire, l'Uniopss souhaite le déblocage immédiat d'une partie de la Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) pour le secteur de l'autonomie.

Le secteur de l'aide à domicile est le grand oublié de ce PLFSS puisqu'il ne comporte qu'une seule mesure financière pour le domicile, mesure déjà prévue par la feuille de route de Mme Agnès Buzyn en 2018 et bien en-deçà des besoins financiers des SAAD. Alors que les conclusions de la mission confiée à Mme Myriam El Khomri sont attendues dans les prochains jours, il est indispensable de permettre une revalorisation du statut et de la rémunération des professionnels du secteur de l'aide à domicile.

Ce PLFSS 2020 nous inquiète également pour le pouvoir d'achat de nombreux ménages et nous déplorons que l'article 52 du PLFSS permette qu'un nombre très important de prestations sociales ne soient plus revalorisées en fonction de l'inflation mais de seulement 0,3 %. En introduisant une dérogation de deux ans (2019 et 2020) à l'article L. 161-25 du code de la Sécurité sociale, le gouvernement crée un manque à gagner important pour les ménages et une perte de pouvoir d'achat. Cette désindexation est d'autant plus incompréhensible au regard de la volonté affichée du gouvernement de lutter contre la pauvreté.

Enfin et peut-être surtout, le retour au déficit prévu par ce PLFSS pour 2020 inquiète fortement l'Uniopss. Celui-ci n'est pas uniquement le résultat de dépenses non maîtrisées mais aussi un assèchement délibéré des recettes provoqué par la non-compensation des exonérations de cotisations sociales. Revenant sur la loi dite « Veil » du 25 juillet 1994, cette non-compensation fragilise notre système de protection sociale et met à mal l'autonomie du budget de la Sécurité sociale. C'est un signe négatif fort quant à la pérennité financière de notre Sécurité sociale.

INTRODUCTION	2
Analyse budgétaire	5
Régime général et Fonds de solidarité vieillesse (articles 1,3 et 5 du PLFSS et annexe B)	5
ONDAM – branche Maladie.....	6
a) Évolution générale	6
b) Économies à réaliser en 2020	6
c) Évolution des sous ONDAM (articles 6 et 59 PLFSS 2020)	7
Dispositions générales de la branche Famille	10
Analyse des principales dispositions	11
TROISIÈME PARTIE : RECETTES ET ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2020	11
TITRE I – Dispositions relatives aux recettes, au recouvrement et à la trésorerie	11
Chapitre 2 - Simplifier et moderniser les relations avec l'administration	11
Article 12 -Simplifier et créer un cadre de prise en compte immédiate des aides en faveur des particuliers dans le cadre des services à la personne.....	11
Chapitre 3 – Réguler le secteur des produits de santé.....	12
Articles 15, 30, 43 - Stock, utilisation et prix des médicaments	12
TITRE II - Conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale	12
QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2020	13
TITRE I – Poursuivre la transformation du système de soins	13
Chapitre 1 - Réformer le financement de notre système de santé.....	13
Article 24 - Financement des hôpitaux de proximité	13
Article 25 - Financement SSR et psychiatrie	14
Article 28 - Prise en charge des dispositifs médicaux : négociation de prix en cas de concurrence	15
Chapitre 2 - Améliorer l'accès aux soins.....	16
Article 32 - Complémentaire santé solidaire (CSS)	16
Article 33 - Extension de la gratuité de la contraception aux mineures en-dessous de 15 ans	17
Article 35 - Réalisation obligatoire d'un bilan de santé à l'entrée dans un dispositif de protection de l'enfance	17
Observation - La stratégie de prévention et de protection de l'enfance, grande absente du projet de loi de financement de la sécurité sociale	18
Article 37 – Engagement maternité.....	19
Chapitre 3 – Renforcer la qualité, la pertinence et l'efficacité des soins et des accompagnements.....	19
Article 38 – Financement par la CNSA des établissements à l'étranger accueillant des adultes handicapés français	19
Proposition article additionnel – CPOM PH.....	20
Article 41 - Certificats médicaux de non contre-indication à la pratique sportive	20
Article 42 - Contrat de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) et adaptation du dispositif de financement de la qualité	21
Titre II – Promouvoir la justice sociale	22
Chapitre 1 - Protéger les français contre les nouveaux risques.....	22

Article 45 - Indemnisation du congé de proche aidant	22
Chapitre 2 - Lutter contre la reproduction des inégalités sociales et territoriales	24
Article 48 – Consolidation de l'Agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires (ARIPA) .	24
Article 49 – Mieux informer les familles des disponibilités de places d'accueil du jeune enfant	25
Proposition d'un article additionnel - Mettre en cohérence Allocation de rentrée scolaire et obligation de scolarité	26
Chapitre 3 - Prendre en compte les parcours, les situations et les transitions	27
Article 52 – Prendre en compte les parcours, les situations et les transitions.....	27
Article 53 - Simplification de la transition vers la retraite des bénéficiaires des minima sociaux (AAH et RSA)	28
Article 54 - Suppression du dispositif de rachat de rente d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP)et simplification de la notification du taux AT/MP aux employeurs.....	29

Analyse budgétaire

Régime général et Fonds de solidarité vieillesse (articles 1,3 et 5 du PLFSS et annexe B)

Le déficit cumulé du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est passé de 5,1 milliards d'euros en 2017 à 1,2 milliard en 2018. Ce résultat, qui provient d'un retour à l'équilibre du régime général et d'une baisse d'un tiers du déficit du FSV, est cependant légèrement moins bon que ce que prévoyait la Commission des comptes de la Sécurité Sociale (CCSS) l'année dernière (-1 milliard d'euros).

Alors que le gouvernement annonçait un retour à l'équilibre pour l'année 2019¹, c'est un déficit qui est finalement constaté. Ainsi, le déficit devrait s'élever à 3,1 milliards d'euros pour le régime général et à 2,3 milliards d'euros pour le FSV soit un cumulé de 5,4 milliards d'euros et un niveau équivalent à 2017.

Ce déficit s'explique en partie par les mesures prises par le gouvernement suite au mouvement social dit des « Gilets jaunes » qui ont un impact sur les comptes de la Sécurité sociale : prime exceptionnelle exonérée de cotisations sociales (mesure, par ailleurs, reconduite en 2020), annulation de la hausse de la Contribution sociale généralisée (CSG) pour les petites pensions, ou encore, l'exonération de cotisations et de contributions sociales sur les heures supplémentaires avancée au 1^{er} janvier 2019.

Néanmoins, si ce déficit atteint un tel niveau, c'est parce que le gouvernement a fait le choix de ne pas compenser ces mesures qui impactent la sécurité sociale par le budget de l'État. Si tel avait été le cas, la CCSS estime que le déficit 2019 cumulé (régime général + FSV) serait de 2,5 milliards d'euros².

Enfin, le gouvernement prévoit un retour à l'équilibre du régime général en 2023 (+ 0,4 milliards d'euros) et un déficit du FSV de - 0,3 milliards d'euros soit un résultat consolidé excédentaire (0,1 milliards d'euros). En conséquence, le gouvernement supprime les dispositions de la LFSS pour 2019 prévoyant « l'affectation à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) des ressources de CSG destinées à l'apurement de la dette qu'il était envisagé de lui transférer » entre 2019 et 2022.

Le PLFSS 2020 acte ainsi un retour au déficit des comptes de la sécurité sociale. C'est ce que dénonce l'Uniopss ainsi qu'onze autres associations, fédérations et syndicats d'employeurs, dans un courrier du 10 octobre 2019 adressé au Premier ministre³. En effet, cette décision fragilise notre système de protection sociale et le « *renoncement à l'équilibre des comptes sociaux est une conséquence directe et prévisible de la suppression du principe, instauré il y a vingt-cinq ans par la loi Veil, de compensation intégrale des pertes de recettes de la Sécurité sociale au titre de tout nouveau dispositif d'exonération de cotisations. Le gouvernement avait ouvert une brèche budgétaire l'an dernier en y mettant fin. Nous avons alors fait part de notre profond désaccord.* »

Ainsi, l'Uniopss et ses partenaires demandent un retour du mécanisme de compensation intégrale instaurée en 1994 (article L. 131-7 du code de la sécurité sociale) et en particulier la compensation des mesures contenues dans la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales (MUES) ».

Enfin, l'Uniopss salue l'adoption, en Commission des affaires sociales (CAS), d'amendements de diverses tendances politiques pour réhabiliter le principe de compensation de ces mesures (amendements n° AS334, n° AS354, n° AS464). Elle invite ainsi les député(e)s à confirmé ce vote en séance publique.

¹ Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

² Rapport de la CCSS, « Les comptes de la sécurité sociale, résultats 2019, prévisions 2019-2020 », septembre 2019.

³ Editions législatives, Le Média social, « PLFSS : la Sécu ne doit pas endosser le coût des mesures "gilets jaunes" ! » : https://www.lemediasocial.fr/plfss-la-securite-sociale-ne-doit-pas-endosser-le-cout-des-mesures-gilets-jaunes_Aip9fq

ONDAM – branche Maladie

a) Évolution générale

Le PLFSS prévoit une progression générale de l'ONDAM de **2,3 % en 2020** (contre 2,5% en 2019) soit 4,6 milliards d'euros de dépenses nouvelles sur une dépense totale de 205,3 milliards d'euros.

Le gouvernement précise que l'ONDAM 2020 traduit ses engagements dans « *la mise en œuvre du plan Ma santé 2022, le pacte de refondation des urgences, le 100 % santé et le renforcement des financements en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie* ».

Cette évolution de l'ONDAM devrait être stable jusqu'en 2023 afin d'améliorer le solde de l'assurance maladie.

b) Économies à réaliser en 2020

Tableau 25 : Économies attendues en 2020	
En M€	
Structuration de l'offre de soins	1 045
Structurer des parcours de soins efficaces (chirurgie ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation, réduction des hospitalisations évitables, etc.)	215
Améliorer la performance interne des établissements de santé et médico-sociaux	830
<i>Optimisation des achats</i>	585
<i>Rééquilibrage de la contribution de l'Ondam à l'OGD</i>	245
Actions sur les tarifs des produits de santé et remises	1 345
Prix des médicaments	920
Prix des dispositifs médicaux	200
Remises sur produits de santé	225
Pertinence et qualité des actes et des prescriptions	1 235
Pertinence et adaptation tarifaire de la biologie	205
Pertinence et adaptation tarifaire de la radiologie (protocole)	60
Maîtrise médicalisée et structure de prescription (actes, certificats médicaux, antibiotiques...)	595
Promotion des génériques et biosimilaires	120
Pertinence et adaptation tarifaire sur les autres actes	255
Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports	265
Transports	120
Indemnités journalières	145
Contrôle et lutte contre la fraude	90
Lutte contre la fraude et dispositifs de contrôle associés	90
Gestion dynamique du panier de soins remboursé	205
Total Ondam	4 185

Comme l'an passé, le gouvernement prévoit un effort d'économie de **4,2 milliards d'euros pour 2020** contre 3,8 milliards d'euros en 2019 sur la branche maladie. Parmi ces 4,2 milliards, 830 millions d'euros d'économies doivent être réalisés sur la « performance interne des établissements de santé et médico-sociaux » contre 700 millions d'euros en 2019. Alors que l'année dernière il était précisé que parmi ces 700 millions, 50 millions d'euros d'économies portaient sur les ESSMS, pour 2020, la répartition prévue entre ESSMS et établissements de santé ne semble pas précisée.

c) **Évolution des sous ONDAM (articles 6 et 59 PLFSS 2020)**

En milliards d'euros et pourcentage	ONDAM 2019	ONDAM rectifié 2019	ONDAM 2020	Évol. ONDAM rectifié 2018-ONDAM 2019 rectifié	Évol. ONDAM rectifié 2019 - ONDAM 2020 ⁴
Dépenses de soins de ville	91,5	91,4	93,6	+ 1,8 %	+2,4 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	82,7	82,6	84,2	+ 2,6 %	+1,9 %
Contribution AM aux dépenses des ETS pour personnes âgées	9,4	9,6	9,9	+ 4,35 %	+3,1 %
Contribution AM aux dépenses des ETS pour PH	11,3	11,4	11,7	+ 2,7 %	+2,6 %
Dépenses relatives au FIR	3,5	3,5	3,5	+ 6,1 %	0 %
Autres prises en charge	1,9	2,0	2,4	+ 11,8 %	+20 %
Total	200,3	200,5	205,3	+2,6 %	+2,4 %

NB : il y a une erreur dans le tableau de l'article 6 du PLFSS au niveau du montant total de l'ONDAM (200,4 milliards d'euros au lieu de 200,5 milliards d'euros)

On observe au regard de ce tableau que certaines dépenses votées à l'automne se voient rectifiées en cours d'année, faussant ainsi les évolutions des sous ONDAM annoncées et votées l'année précédente.

➤ **Dépenses de soins de ville**

Pour l'année 2020, le sous-objectif de l'ONDAM relatif aux dépenses de soins de ville est en augmentation de + 2,4 % par rapport au sous ONDAM rectifié 2019 soit une enveloppe de 93,6 milliards d'euros pour 2020. À noter que l'objectif voté dans la LFSS pour 2019 (91,5 milliards d'euros) a été rectifié à hauteur de 91,4 milliards d'euros.

Contrairement aux années précédentes pour lesquelles on observait un dérapage récurrent des dépenses relatives aux soins de villes compensées par les autres sous ONDAM, cette année, l'évolution maîtrisée des dépenses de soins de ville a permis de majorer de 130 millions la contribution au secteur PA (article 6 du PLFSS).

➤ **Dépenses relatives aux établissements de santé**

Le sous-objectif des dépenses relatives aux établissements de santé est en hausse de + 1,9 % par rapport à l'objectif rectifié 2019 soit une enveloppe budgétaire qui s'élève à 84,2 milliards d'euros.

L'Uniopss regrette la faible évolution de ce sous-objectif qui suscite de fortes craintes pour l'avenir des établissements de santé. Les contraintes budgétaires sont de plus en plus fortes, et les marges de manœuvre réduites avec une évolution des tarifs quasi-systématiquement négative pour le secteur privé non lucratif, des déficits conséquents, l'instauration en 2018 d'un coefficient venant minorer les effets générés par les dispositifs d'allègements fiscaux et sociaux ayant pour objet de réduire le coût du travail, etc. L'ONDAM hospitalier pour 2020 ne va pas permettre de redonner du souffle à un système en crise, et risque de freiner la transformation souhaitée. Les mesures d'économies imposées n'apaiseront pas la colère et souffrance des professionnels, qui se manifestent depuis plusieurs mois par des grèves notamment dans les services d'urgences et de psychiatrie.

⁴Ces taux sont calculés à partir des tableaux des articles 6 et 59 du PLFSS. A noter qu'ils diffèrent des chiffres communiqués par le gouvernement dans son dossier de presse sur le PLFSS pour 2019.

➤ Ondam médico-social (PA/PH)

Sous-objectifs nationaux de dépenses de l'assurance maladie	LFSS 2019 en milliards	2019 (LFSS rectificative) en milliards	PLFSS 2020 en milliards	Taux d'évolution LFSS 2019 et PLFSS 2020	Taux d'évolution LFSS rectifiée 2019 et PLFSS 2020
Dépenses en ESMS PA	9,4	9,6	9,9	5,3 %	3,1 %
Dépenses en ESMS PH	11,3	11,4	11,7	3,5 %	2,6 %
ONDAM Médico-social (sans ONDAM spécifique)	20,7	21,00	21,60	4,3 %	2,9 %

- **L'ONDAM médico-social (PA/PH) progresse à hauteur de 2,9 % en 2020⁵ dont :**
- + 3,1 % pour l'ONDAM spécifique au champ des établissements et services pour personnes âgées (contre + 2,17 % en 2019)
 - + 2,6 pour l'ONDAM spécifique au champ des personnes en situation de handicap (contre + 1,8 % en 2019).

À noter que ces chiffres diffèrent du dossier de presse du gouvernement présenté le 30 septembre 2019.

Les sommes programmées au titre de la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en ESMS s'élèvent ainsi à **21,6 milliards d'euros** contre **21 milliards** de dépenses réelles en 2019.

Le dossier de presse annonce par ailleurs **500 millions d'euros en plus pour l'année 2020 pour la réforme du grand âge et de l'autonomie**. Il est important de préciser que ces 500 millions supplémentaires semblent avoir été calculés à partir de l'ONDAM médico-social non rectifié. Si on regarde l'ONDAM rectifié pour 2019 (9,6 milliards) et l'ONDAM du PLFSS 2020 (9,9 milliards), ce sont en effet « seulement » **300 millions** supplémentaires qui sont dégagés.

Les 200 millions en plus de l'ONDAM PA rectifiés viendraient ainsi pour 130 millions de l'ONDAM soins de ville. Le PLFSS ne précise toutefois pas vers quoi ces 130 millions ont été fléchés. Subsiste également une interrogation concernant les 70 millions supplémentaires basculés sur l'ONDAM PA dont la provenance et l'utilisation ne sont pas identifiés.

- **La progression de l'Objectif global de dépense (OGD) est de son côté annoncée à + 3,2 % dont + 4,1 % pour le secteur personnes âgées et à + 2,4 % pour le secteur du handicap.**

Cette année encore, une partie des recettes (et des fonds propres) de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sera affectée à couvrir une partie du financement structurel des établissements et services accompagnant ou intervenant auprès des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et ce à travers l'OGD. L'étude d'impact du PLFSS 2020⁶ indique que « le niveau du prélèvement sur réserves [de la CNSA] dans la construction de l'OGD, est à ce jour de **247 millions d'euros**.

À noter que le PLFSS 2020 ne permet pas de distinguer précisément les actions vers lesquelles ces sommes vont être fléchées mis à part pour les éléments suivants :

⁵ Calculs réalisés à partir de la LFSS 2019 rectificative et les données du PLFSS 2020

⁶ Cf. Etude d'impact : p 413

- 50 millions d'euros à destination des services d'aide et d'accompagnement à domicile (cf. l'analyse relative à l'article 17 du PLFSS).
- 139 millions d'euros à destination des Agences régionales de santé (ARS) pour le financement des groupements d'entraide mutuelle (42,8 millions d'euros) et des maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer 96,3 millions d'euros).
- Le financement de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA) (cf. l'analyse relative à l'article 45 du PLFSS). L'étude d'impact évalue ce coût entre 27 millions d'euros (15 %) et 45 millions d'euros (25 %) en 2020 (effet estimé avec une entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2020).⁷ Sachant qu'est précisé que la part nécessaire au financement de l'AJPA affectera « *très significativement les réserves disponibles sur les prochains exercices pour le financement de l'OGD* ».

Par ailleurs, le dossier de presse précité annonce plusieurs mesures nouvelles en faveur des établissements et services accueillant et accompagnant des personnes âgées :

- Renforcer l'investissement dans les EHPAD (130 millions d'euros)
- Poursuivre la convergence tarifaire positive des EHPAD (210 millions d'euros) et poursuivre la neutralisation de la convergence négative (50 millions d'euros)
- Généraliser progressivement la prime pour les Assistants de soins en gérontologie (ASG) à tous les aides-soignants ayant suivi la formation
- Reconduire l'enveloppe dédiée aux Infirmiers de nuit (IDE) de nuit (15 millions d'euros)
- Poursuivre la réforme tarifaire des Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) (50 millions d'euros).

L'Uniopss regrette que parmi ces mesures, seule celle relative à la réforme de la tarification des SAAD fasse l'objet d'un article spécifique dans le cadre du PLFSS, les autres n'apparaissent à aucun moment dans le PLFSS.

➤ Dépenses du Fond d'intervention régional (FIR)

Le sous-objectif relatif **aux dépenses du FIR est reconduit pour 2020 à hauteur de 3,5 milliards d'euros (comme en 2019)** après une hausse de + 6,1 % entre 2018 et 2019. À noter que contrairement au PLFSS, le dossier de presse précité annonce une évolution de + 1 % de ce sous-objectif.

➤ Sous-objectif dédié aux autres prises en charge

Pour 2020, il est enregistré une augmentation de 20 % (par rapport au PLFSS 2019 rectifié) pour le **sous-objectif dédié aux autres prises en charge** soit une enveloppe budgétaire de 2,4 milliards d'euros. Ce sous-ONDAM regroupent des dépenses très différentes : dépenses des Français à l'étranger, financement des ESMS spécifiques (CSAPA, CAARUD, LAM, LHSS, ACT...), PASS hospitalières, etc.

L'Uniopss regrette que le fléchage de cette enveloppe budgétaire ne soit pas précisé alors qu'elle regroupe une multitude d'établissements et services rendant ainsi impossible une analyse plus aboutie sur ce sous-objectif.

⁷ Cf. Etude d'impact. P.415

CONCLUSION

Même si le PLFSS prévoit près de 5 milliards d'euros en plus pour 2020, l'Uniopss regrette que l'évolution de l'ONDAM ne réponde pas aux enjeux actuels de notre système de protection sociale. En effet, alors que le PLFSS 2019 était un PLFSS de transition, le PLFSS 2020 ne constitue en aucun cas l'amorçage attendu des réformes. Par ailleurs, ce PLFSS ne comporte qu'une seule mesure financière pour le domicile, mesure déjà prévue par la feuille de route d'Agnès Buzyn en 2018 et bien en-deçà des besoins financiers des SAAD.

L'Uniopss demande ainsi « une revalorisation immédiate de l'ONDAM afin de répondre aux enjeux actuels et futurs, et des mesures à la hauteur des attentes de la population en matière de prise en charge du Grand âge et de l'autonomie »⁸.

L'Uniopss réitère également sa demande de déblocage immédiat d'une partie de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) pour le secteur de l'autonomie.

Dispositions générales 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	49.8	50	- 0,2
2018	50.4	49.9	+0,5
2019	51.1	50.2	+0.8
PLFSS 2020	51	50.3	+ 0.7
Prévisions 2021	51.3	50.4	+ 0.9
Prévisions 2022	52.4	51.1	+ 1.3
Prévisions 2023	53.5	51.9	+ 1.6

En 2020, pour la troisième année consécutive, le solde de la branche famille sera excédentaire. Cet excédent tendra à augmenter dans les prochaines années du fait de dépenses contenues et d'une accélération des recettes. L'Uniopss craint donc que cet arbitrage se fasse au détriment du pouvoir d'achat des familles qui voient leur participation à certains services augmenter et dont les prestations augmentent moins vite que l'inflation.

En effet, l'augmentation du budget de la branche famille est très faible en 2020 : + 0,1 milliards d'euros. Comme expliqué dans l'annexe B au PLFSS, « **les dépenses sont ralenties en 2020 du fait de la revalorisation différenciée et maîtrisée des prestations servies par la branche, qui permettra une économie de 0.1 Md € après 0.3Mds € en 2019** ». Cette année encore, des économies seront réalisées sur les prestations accordées aux familles. Les participations familiales au coût des places en Etablissement du jeune enfant (EAJE) ont, par exemple, augmenté en septembre 2019. L'Uniopss déplore que l'article 52 du PLFSS permette qu'un nombre très important de prestations sociales ne soient plus revalorisées en fonction de l'inflation mais de seulement 0,3 %. En introduisant une dérogation de deux ans (2019 et 2020) à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, le gouvernement crée un manque à gagner important pour les ménages et une perte de pouvoir d'achat. Cette désindexation est d'autant plus incompréhensible au regard de la volonté affichée du gouvernement de lutter contre la pauvreté. C'est pourquoi, l'Uniopss a proposé aux parlementaires un amendement de suppression de cet article.

⁸ Editions législatives, Le Média Social, Lettre ouverte 10 octobre 2019 : https://www.lemediasocial.fr/plfss-la-securite-sociale-ne-doit-pas-endosser-le-cout-des-mesures-gilets-jaunes_Aip9fq

Analyse des principales dispositions

TROISIÈME PARTIE : RECETTES ET ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2020

TITRE I – Dispositions relatives aux recettes, au recouvrement et à la trésorerie

Chapitre 2 - Simplifier et moderniser les relations avec l'administration

- **Article 12 -Simplifier et créer un cadre de prise en compte immédiate des aides en faveur des particuliers dans le cadre des services à la personne**

Cet article 12 propose la mise en œuvre d'une expérimentation visant à éviter aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes en situation de handicap, qui font appel à des services à la personne, de devoir avancer des frais dans l'attente de recevoir les aides auxquelles elles ont droit. **Le but étant donc d'éviter le décalage entre le moment où la dépense est réalisée et celui où les aides sont perçues.** Le gouvernement souhaite par cette mesure, simplifier les démarches et encourager le recours aux services d'aide à domicile.

L'étude d'impact du PLFSS 2020 précise en effet que les analyses « tendent à montrer que la clarification du prix net final supporté par les ménages et l'absence d'avance de trésorerie serait favorable au recours aux services à la personne et donc à la création d'emplois dans ce secteur »⁹.

Il s'agit ainsi de créer un « compte individuel » qui centraliserait les différentes aides mobilisables pour le paiement de services à la personne (crédit d'impôt, aide personnelle type APA, PCH). **Les personnes qui s'inscriront dans ce dispositif pourront ainsi déduire dès le paiement du service, les différentes aides financières dont elles peuvent bénéficier, sans faire d'avance de frais.**

Ce dispositif concernera dans un premier temps les personnes âgées et handicapées en situation de dépendance et sera ouvert, sur la base du volontariat :

- aux utilisateurs du CESU ayant opté pour le service « CESU + » (cf. particuliers qui ont choisi de confier aux URSSAF le calcul des cotisations sociales mais aussi le versement du salaire et le prélèvement de l'impôt à la source) ;
- aux personnes ayant recours à des services prestataires d'aide à domicile qui bénéficient de l'APA et de la PCH.

Cette expérimentation devrait être commencée dès juillet 2020 dans le département du Nord et de Paris, en vue d'une généralisation progressive à compter de 2021.

Sur cet article, l'Uniopss – qui salue l'objectif de simplification – a déposé un amendement visant à prévoir une évaluation de l'expérimentation, afin, notamment de pouvoir identifier les éventuels effets négatifs induits par le dispositif (surcoûts pour les services, augmentation du reste à charge pour les personnes par exemple).

⁹ Cf. Etude d'impact du PLFSS 2020, p. 91.

Chapitre 3 – Réguler le secteur des produits de santé

▪ Articles 15, 30, 43 - Stock, utilisation et prix des médicaments

En matière de médicament, le présent PLFSS maintient et encadre de nouveau une augmentation modérée des dépenses *via* le mécanisme dit de clause de sauvegarde. Pour autant, cette augmentation se construit de nouveau entre accueil de « l'innovation » et de traitements particulièrement onéreux, et économies sur les médicaments de base, les génériques et biosimilaires. Ces politiques, déjà pratiquées sur les PLFSS précédents, accroissent des déséquilibres budgétaires au sein des dépenses nationales sur les produits de santé, et ne sont pas pérennes à court et moyen terme.

Face à de tels déséquilibres, l'Uniopss appelle de ses vœux une réforme ambitieuse du marché du médicament. Depuis 2014 et l'arrivée des traitements contre l'hépatite C sur le marché français, à 41 000 euros par patient-e, et suite aux rationnements dans l'accès liés à ces prix, nous ne pouvons que regretter la succession de mesures à la marge sur la politique du médicament, incapables d'apporter des réponses concrètes aux enjeux d'accès et de prix. Là encore, un article sur les Autorisations temporaires d'utilisation, visant à mieux encadrer le prix, risque d'ajouter de la complexité et de l'opacité au système, sans pour autant répondre aux enjeux réels liés à ce système.

De manière concrète, une première mesure attendue de l'Uniopss porte sur la transparence sur le marché du médicament, là où l'opacité est la règle. La France s'y est engagée lors de l'Assemblée Mondiale de la Santé en 2019 par le vote d'une résolution ambitieuse en la matière¹⁰. Le PLFSS devait être un moyen de mettre en œuvre concrètement les principes énoncés par cette résolution, il n'en est rien. Nous appelons à répondre à ces manques manifestes lors des débats parlementaires, notamment dans le cadre de la création d'un Bulletin Officiel des Produits de Santé. Il en va du droit à l'information des citoyen-ne-s, de la qualité du débat démocratique sur la santé, et du droit à la protection de la santé pour tou-te-s.

TITRE II - Conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale

▪ Article 17 - Transferts financiers entre la sécurité sociale et l'Etat et entre régimes de sécurité sociale

Une partie de l'article 17 est consacrée au financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Déjà annoncé à l'occasion du lancement de la stratégie grand âge et autonomie en mai 2018, l'enveloppe de 50 millions d'euros pour 2020 vient compléter une première enveloppe de 50 millions votée dans la LFSS 2019.

Cette enveloppe a notamment vocation à financer les missions particulières des SAAD que leur mode de financement actuel ne permet pas de valoriser dans le cadre du nouveau modèle de tarification des services¹¹.

Cette enveloppe sera financée :

- Par des crédits reportés de la section I du budget de la CNSA
- Par les fonds propres de la caisse, dans la limite d'une enveloppe de 50 millions d'euros pour l'année 2020

¹⁰<https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/leprixdelavie/2019/05/29/prix-des-medicaments-vote-historique-sur-la-transparence>

¹¹ Décret du 15/05/2019 relatif à l'attribution des 50 millions d'euros visant à préfigurer le modèle de financement des SAAD - Cf. Fiche n° 98801 sur le site d'expertise de l'Uniopss

L'Uniopss regrette que la seule mesure du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour les SAAD soit cette enveloppe de 50 millions d'euros, dont le montant est bien insuffisant au regard des enjeux d'un secteur à bout de souffle qui peine de plus en plus à recruter des salariés.

Selon une étude *Opinion Way* réalisée pour UNA (Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles), en moyenne 19 % des postes créés en 2018 sont restés vacants et 10 % des demandes d'accompagnement n'ont pu être honorées intégralement en raison d'un manque de personnel en 2018.

L'Uniopss de son côté, alerté par de nombreux établissements et services concernant leurs difficultés chroniques de recrutement (accentuées en période estivale), a souhaité disposer d'une vision panoramique et qualitative des difficultés et besoins de recrutement sur l'ensemble des postes à une échelle nationale pendant l'été 2019. Les résultats de cette enquête montrent que 61 % des propositions formulées pour améliorer la situation du secteur concernent les conditions de travail et de rémunération des professionnels.

À cet égard, il est indispensable de permettre une revalorisation de la rémunération des professionnels du secteur de l'aide à domicile qui doit se traduire par des engagements financiers à la hauteur des enjeux.

QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2020

TITRE I – Poursuivre la transformation du système de soins

Chapitre 1 - Réformer le financement de notre système de santé

▪ Article 24 - Financement des hôpitaux de proximité

L'article 24 s'inscrit dans la continuité de l'article 35 de la loi relative à l'Organisation et transformation du système de santé (OTSS) promulguée en juillet 2019 qui définit les missions des hôpitaux de proximité. [L'arrêté du 27 mai 2019](#) a fixé la liste de 241 structures définies comme hôpitaux de proximité.

L'article 24 propose un modèle de financement des hôpitaux de proximité, non plus basé sur la tarification à l'activité, mais sur :

- ▶ **Une garantie de financement pluri-annuelle** fixée à partir du volume antérieur d'activité (90 % en moyenne des recettes antérieures) afin de conserver un niveau de financement même en cas de baisse d'activité (l'activité de médecine étant moins prévisible que les activités programmées de chirurgie).
- ▶ **Une dotation de responsabilité territoriale** (enveloppe de 15 millions d'euros), basée sur une contractualisation avec les acteurs du territoire et les tutelles. Cette dotation pourra financer :
 - La mise en place d'un plateau de consultation de spécialité
 - Le développement de la télésanté
 - L'indemnisation de professionnels libéraux en exercice mixte
 - La mise en place d'actions coordonnées.

Selon l'étude d'impact, le coût total de la mesure pour 2020 est estimé à 40 millions d'euros. « *L'intégration d'établissements de taille plus importante et le déploiement effectif de l'ensemble des missions pourrait conduire pour 2021 à un impact supplémentaire estimé à 60 M €, soit un surcoût total cible de 100 M €.* »

L'Uniopss attire l'attention sur le fait que l'article prévoit des dispositions pour les coopérations et l'exercice mixte de professionnels de santé libéraux avec les hôpitaux de proximité, **mais ne prévoit aucune disposition pour les professionnels de santé salariés des centres de santé.**

L'Uniopss note également, à l'instar des documents de la loi OTSS, l'étude d'impact du PLFSS met l'accent sur l'association des professionnels de santé libéraux et des CPTS à la gouvernance des hôpitaux de proximité **mais que le secteur médico-social n'est pas mentionné. Or, l'articulation des activités de l'hôpital de proximité, dont certaines seront axées sur la gériatrie, devra être étroite avec les structures sociales et médico-sociales qui maillent les territoires.**

L'Uniopss sera également vigilante à la sélection/labellisation des hôpitaux de proximité et s'interroge sur les modalités de financement de structures dont l'activité serait proche d'un hôpital de proximité mais qui ne seraient pas retenues.

Enfin, et comme mentionné dans le plaidoyer sur le projet de loi Santé, l'Uniopss sera vigilante à ce que le principe de gradation de soins qui sous-tend la création des hôpitaux de proximité, concilie qualité des soins et accès aux soins en proximité - demande fortement exprimée dans le Grand débat. Le risque de fermetures de services est important dans les réformes structurelles engagées autour des activités hospitalières (hôpital de proximité et réforme du régime des autorisations).

▪ Article 25 - Financement SSR et psychiatrie

Les réformes des financements des SSR et de la psychiatrie visent à un financement unique des différents types d'établissement auparavant sous 2 régimes différents (DAF et OQN) selon leur statut juridique.

- ▶ La réforme du financement des SSR a démarré dans le cadre de la LFSS pour 2016. Elle a introduit progressivement un nouveau modèle de financement (phase de transition 2017-2019) basé sur une part de « dotation modulée à l'activité » et une part « complémentaire ». L'actuel PLFSS propose de décaler l'entrée en vigueur du nouveau modèle cible prévu au 1^{er} janvier 2020, au 1^{er} janvier 2021. L'objectif étant d'approfondir avec les acteurs concernés 2 chantiers liés à la valorisation des spécialisations (mieux décrire l'activité), et de repenser la dotation modulée à l'activité en cohérence avec les nouveaux enjeux identifiés de la réforme du financement du système de santé.

L'Uniopss sera attentive aux impacts et conséquences de la réforme sur les structures privées non lucratives SSR (notamment les mono-établissements, souvent adossés à des structures médico-sociales).

- ▶ Concernant, la psychiatrie, le PLFSS prévoit un modèle de financement commun aux différents types d'établissement, avec une entrée en vigueur en 2021.

La réforme se base sur plusieurs constats : de grandes iniquités historiques entre régions dans les dotations, un modèle pour les établissements publics qui incitait au développement de l'ambulatoire contrairement au modèle OQN (privé lucratif et une partie du privé non lucratif), et des ressources qui augmentaient plus vite pour le privé lucratif que pour le public.

Le PLFSS prévoit l'attribution d'une dotation populationnelle faisant une large place à un financement rapporté à la population générale desservie (même s'il est prévu une pondération d'enveloppe, notamment en fonction d'indicateurs de précarité et de l'activité).

L'Uniopss s'interroge sur les écarts qu'il peut y avoir entre les caractéristiques de la population d'un territoire, et la réalité de la population accompagnée (« file active »). En effet, les établissements de santé mentale privés non lucratifs accueillent des personnes, pour beaucoup en milieu rural ou péri urbain, très fragilisées par des conditions sociales et de cadre de vie difficiles. **Il y a un risque fort de décalage entre une vision technique du financement et la réalité de la crise de la psychiatrie vécue sur le terrain.** L'Uniopss suivra avec la plus grande vigilance les premières simulations attendues pour la fin de l'année.

L'Uniopss attire l'attention, sur la nécessaire articulation entre la psychiatrie et l'offre sociale et médico-sociale. Aujourd'hui, les réponses à apporter à la population sont pluridimensionnelles et comportent nécessairement un pendant social et médico-social (ex : la réduction des lits et le virage ambulatoire ne peuvent se concevoir sans organisation de parcours et de projets de vie en termes d'accompagnement). Elle espère que les PTSM permettront cette meilleure articulation des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux au service des parcours des personnes.

L'Uniopss salue l'adoption d'un amendement en Commission des affaires sociales ([N°AS991](#)) qui vise à tenir compte des caractéristiques de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale sur le territoire dans la répartition de la dotation populationnelle entre les régions.

▪ **Article 28 - Prise en charge des dispositifs médicaux : négociation de prix en cas de concurrence**

Cet article 28 propose quatre grandes mesures :

- Permettre la prise en charge de certains dispositifs médicaux remis en bon état d'usage
- Introduire une nouvelle procédure de « référencement sélectif » pour le remboursement de certains dispositifs médicaux par l'assurance maladie obligatoire, en particulier les fauteuils roulants
- Améliorer la transparence du marché
- Préciser l'application de la réforme 100 % santé

► **La première mesure a pour but d'encourager la réutilisation de certains dispositifs médicaux** (liste limitative qui sera établie par décret en Conseil d'Etat). Elle introduit ainsi :

- Un encadrement sanitaire de la « remise en bon état d'usage » afin que les conditions de sécurité sanitaire soient garanties (cf. article L.5212-1-1 du code de la santé publique)
- Une prise en charge financière de ces dispositifs médicaux restaurés, dès lors que la réutilisation est pertinente (article L.165-1-7 II CSP), qui **peut être** subordonnée :
 - À l'engagement de l'assuré de restituer le dispositif médical afin de réaliser une remise en bon état d'usage
 - Au versement d'une consigne pour inciter l'assuré à restituer son matériel. Cette consigne serait rétrocédée lors de la restitution du dispositif matériel.

Sur ce dernier point, l'Uniopss a proposé un amendement de suppression concernant la possibilité de réclamer une consigne. **Subordonner la prise en charge de l'assuré à son engagement de restituer le dispositif médical concerné à un centre pouvant réaliser une remise en bon état d'usage suffit. Il n'y a pas lieu d'instaurer une contrainte supplémentaire sous la forme d'une « consigne »** qui ne pourrait, de plus, faire l'objet d'aucune prise en charge par une prestation. En outre, elle constituerait une avance de frais pour les personnes et freinerait leur accès aux dispositifs.

- ▶ **La deuxième mesure introduit une nouvelle procédure de « référencement sélectif » pour l'accès au remboursement de certains dispositifs médicaux par l'assurance maladie obligatoire, notamment les fauteuils roulants**

L'enjeu de cette mesure est de pouvoir initier une mise en concurrence entre les différents fabricants et distributeurs afin de proposer des prix plus soutenables pour l'assurance maladie. Cette procédure concernera dans un premier temps les fauteuils roulants.

Il appartiendra à la HAS de donner un avis sur les critères techniques stricts permettant de définir des catégories comparables de produits

- ▶ **Cet article introduit également la déclaration des prix de vente, par les exploitants et les fournisseurs aux distributeurs au détail, ce qui permettra de mieux évaluer la répartition de valeur sur le marché des produits et prestations.**

Des pénalités pourront être prononcées à l'encontre des exploitants et fournisseurs qui ne rempliraient pas, ou de manière erronée, leur obligation de déclaration.

- ▶ **Cet article précise enfin les obligations relatives à l'enquête qualité adressée aux patients, ainsi que les modalités de recouvrement des pénalités en cas de non-respect des mesures législatives relatives au « 100 % santé ».**

Chapitre 2 - Améliorer l'accès aux soins

▪ Article 32 - Complémentaire santé solidaire (CSS)

L'article 32 transpose le dispositif de « contrat de sortie », préexistant pour les personnes sortant de la CMU-C ou de l'ACS à la nouvelle disposition de complémentaire santé solidaire (fusion de la CMU-C et de l'ACS actée par la précédente LFSS et qui entre en vigueur au 1^{er} novembre). Ce dispositif permettant de faire une « transition » pendant 1 an entre le dispositif et l'entrée dans le droit commun des complémentaires santé.

Les contrats de sortie étaient jusqu'à présent peu usités ou de façon très hétérogènes. Les dispositions du présent article ne semblent pas garantir une amélioration du recours au dispositif. Les modalités de mise en œuvre devront être scrutées avec attention. Le dispositif sera-t-il vraiment plus avantageux qu'une entrée dans le droit commun ? Permettra-t-il une véritable transition et d'éviter les effets de seuil pour les personnes précaires ?

Pour le contrat de sortie, comme pour la CSS, le niveau de cotisation sera fixé en fonction de l'âge (et pas des ressources par exemple). Le dispositif, selon l'étude d'impact de la FSS, serait « favorable aux jeunes » : mais quel impact pour les personnes âgées ?

L'article précise que les personnes qui choisiraient l'assurance maladie obligatoire pour gérer leur CSS et non pas un organisme complémentaire, ne pourront pas se voir proposer de contrat de sortie.

D'autres dispositions sont inscrites dans cet article : le fait de pouvoir bénéficier la CSS au 1^{er} jour du mois de la demande et non à compter du 1^{er} jour du mois suivant la demande (seulement dans les cas où les droits de base sont déjà ouverts) et la possibilité d'ouverture simultanée des droits de base et des droits à la CSS en cas d'urgence médico-sociale.

L'Uniopss propose, avec APF France handicap, un amendement qui vise à **rendre automatique l'examen de l'ouverture et du renouvellement des droits à la CMU-C pour les bénéficiaires de l'AAH**, dans la suite des recommandations du rapport Cornu-Pauchet-Denormandie sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité et de handicap. Cette mesure favoriserait la lutte contre le non recours aux droits et aux soins.

En outre, l'Uniopss s'inquiète des projets du gouvernement de restriction de l'accès à la CMU-C pour les demandeurs d'asile, dans la suite du débat sur l'immigration, et de ses projets de

restreindre l'accès à l'Aide médicale d'Etat. **L'Uniopss rappelle que l'Aide médicale d'Etat est indispensable à la politique de santé publique.** Elle s'oppose à toutes restrictions de couverture des frais de santé des populations migrantes. Instaurer un délai de carence pour l'accès à la CMU-C des demandeurs d'asile, ne ferait que retarder l'accès aux soins et prendre le risque de voir des situations de santé se dégrader¹².

▪ **Article 33 - Extension de la gratuité de la contraception aux mineures en-dessous de 15 ans**

Aujourd'hui, seules les mineures d'au moins 15 ans ont accès gratuitement à la contraception (avec une dispense d'avance de frais). Cela limite l'accès des plus jeunes filles à la contraception alors même qu'environ 770 des 12 - 14 ans recourent à une IVG chaque année (sur environ 1 000 grossesses de cette tranche d'âge).

L'Uniopss se félicite de l'ouverture de la gratuité de la contraception à toutes les mineures qui est une réelle mesure de prévention.

Elle regrette néanmoins que le PLFSS ne comprenne pas de disposition relative à **l'éducation affective et sexuelle**. Dans le cadre de la réforme de la PMI, l'Uniopss souhaiterait qu'une attention particulière soit portée à la mission de planification et d'éducation familiale (CPEF) des services de la Protection maternelle et infantile (PMI).

▪ **Article 35 - Réalisation obligatoire d'un bilan de santé à l'entrée dans un dispositif de protection de l'enfance**

Cette disposition vise à compléter l'article du Code de l'action sociale et des familles relatif au projet pour l'enfant (art. L. 223-1-1). Aujourd'hui, il est prévu que le Projet pour l'enfant (PPE) comprenne des éléments relatifs à « l'évaluation médicale et psychologique du mineur ». Or, cette évaluation est trop rarement faite. L'exposé des motifs de l'article 35 fait le constat que « moins d'un enfant sur deux pris en charge par l'ASE dispose d'un PPE avec un volet relatif à la santé rempli a minima ». Or, les besoins de santé de ces enfants sont réels. À titre d'exemple, selon la stratégie de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022, « 32 % des enfants confiés à l'ASE ont un suivi psychiatrique contre 2,6 % en population générale ». Pour remédier à cette situation, il est proposé qu'un bilan de santé identifiant « les besoins de soins permettant d'améliorer l'état de santé physique et psychique de l'enfant » soit obligatoirement réalisé à l'entrée de l'enfant dans le dispositif de protection et intégré au PPE.

Cette mesure devrait permettre une augmentation du nombre de bilan de santé réalisé, ce qui est une bonne nouvelle pour la santé des enfants ayant un parcours en protection de l'enfance.

Cependant, il est regrettable de la lier au PPE bien que des liens entre bilan de santé et PPE doivent nécessairement exister. Lors du bilan de la mise en œuvre de la loi du 14 mars 2016 réalisé par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) en 2018, il ressortait qu'environ 20 % des départements n'avaient pas encore mis en place le PPE.

La mise en place d'un bilan de santé systématique paraît intéressante à l'Uniopss et répondre à un véritable besoin en protection de l'enfance. Néanmoins, l'Union se questionne sur la volonté du législateur qui semblerait, à la lecture de l'exposé des motifs, vouloir restreindre le caractère obligatoire de ce bilan de santé aux enfants accompagnés par l'ASE. Or, le champ de la protection de l'enfance est plus large comprenant également la protection judiciaire de la jeunesse. C'est pourquoi, l'Uniopss a proposé un amendement aux parlementaires s'assurant que l'obligation de bilan de santé est bel et bien applicable aux enfants suivis par la PJJ.

¹²[http://expertise.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2019/J octobre 2019//100282 Argumentaire AME FAS FAS Uniopss ODSE 4oct2019.pdf](http://expertise.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2019/J%20octobre%202019//100282%20Argumentaire%20AME%20FAS%20FAS%20Uniopss%20ODSE%204oct2019.pdf)

Observation - La stratégie de prévention et de protection de l'enfance, grande absente du projet de loi de financement de la sécurité sociale

Seule une mesure annoncée dans le cadre de la stratégie de prévention et de protection de l'enfance (article 35 cf. ci-dessus) figure dans le PLFSS tel que déposé à l'Assemblée nationale. Certaines actions nécessitent pourtant des financements spécifiques, voire des aménagements législatifs comme par exemple l'inscription de l'entretien prénatal précoce parmi les consultations obligatoires. En outre, beaucoup de mesures de cette stratégie concernent la protection maternelle et infantile, dont entre autres :

- * l'augmentation le nombre d'entretiens prénataux précoces ;
- * le développement des visites à domicile pré et post natales ;
- * le soutien des bus prévention action PMI ;
- * la création de postes de psychologues et psychomotriciens.

Le dossier de présentation du PLFSS affirmait que le budget 2020 permettrait de « soutenir les actions de prévention que mènent les équipes de protection maternelle et infantile sur l'ensemble du territoire » et de « développer les interventions à domicile des professionnels dans les périodes pré comme post-natales, à développer l'innovation et les coopérations au sein des réseaux de santé périnataux, mieux articuler les missions entre les médecins et les infirmières puéricultrices et renforcer la pluridisciplinarité des intervenants (en ayant par exemple recours à des psychologues, des psychomotriciens, des éducateurs de jeunes enfants...) ».

Or, le texte, tel que déposé à l'Assemblée nationale par le gouvernement, ne comprend aucune disposition relative à la protection maternelle et infantile alors même que le rapport de la députée Michèle Peyron « Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! » (cité à de multiples reprises comme document de référence de la stratégie pour la prévention et la protection de l'enfance) recommandait de « créer en LFSS2020 un fonds national PMI délégué aux ARS (calqué sur le FIR) ». Sans amendement législatif et abondement des crédits, ces objectifs risquent de rester des vœux pieux.

L'Uniopss qui soutient l'ambition de la stratégie de prévention et de protection de l'enfance, espère que des amendements au projet de loi de financement de la sécurité sociale seront déposés par le gouvernement afin de concrétiser ces objectifs louables dans le quotidien des enfants.

Par ailleurs, l'Uniopss a soutenu un certain nombre de propositions d'amendements de ses adhérents en faveur de la prévention et de la lutte contre les addictions, dont plusieurs ciblent la prévention auprès des jeunes :

- ▶ Amendement visant le renforcement des moyens des consultations jeunes consommateurs.
- ▶ Amendement visant à améliorer l'accès à la naloxone en permettant aux forces de l'ordre, aux services de premiers secours et à l'ensemble des acteurs de la réduction des risques de délivrer de la naloxone— qui neutralise la surdose d'opioïdes et permet de sauver des vies.
- ▶ Amendements visant de renforcer la taxation des boissons alcoolisées favorisant l'entrée dans la consommation, mais également la taxation des boissons fortement alcoolisées et celle des messages publicitaires pour les boissons alcooliques.

L'Uniopss et ses adhérents **saluent l'adoption d'un amendement en Commission des Affaires sociales visant à faire évoluer la taxation des prémix à base de vin, qui visent un public jeunes (N°AS950).** Elle espère que l'amendement sera conservé en séance publique.

▪ Article 37 – Engagement maternité

L'article 37 vise à poser les principes de l'engagement maternité dont les modalités seront définies par décret. Il propose de prendre en charge le transport et l'hébergement non médicalisé des femmes enceintes qui habitent à plus de 45 minutes (le seuil doit être fixé par décret) d'une unité de gynécologie obstétrique.

Cette mesure répond aux vives inquiétudes suscitées par les fermetures de service de maternité et à celles remontées lors du Grand débat national.

La mesure concernerait selon l'étude d'impact de la LFSS, 60 000 femmes chaque année, pour un coût estimé entre 20 et 40 millions d'euros.

L'hébergement non médicalisé hors de l'hôpital soulève des interrogations. Ainsi, les expérimentations en cours d'hébergement non médicalisé en amont ou en aval (dit « hôtels hospitaliers ») démontrent **la difficulté du modèle économique**, notamment dans les zones tendues/touristiques où le coût d'une nuit d'hôtel serait plus élevé qu'une nuit à l'hôpital. Par ailleurs, la sous-traitance à des entreprises privées de l'industrie hôtelière soulève de nombreuses interrogations : sécurisation du parcours du patient et responsabilités, risque d'augmentation des restes à charge pour les patients.

L'Uniopss souhaite mettre en avant le dispositif géré par des associations sans but lucratif, **les maisons d'accueil hospitalières (MAH), reconnues dans le code de la santé publique depuis la loi Santé de 2016**. Ces dernières proposent un accueil et un hébergement non médicalisé pour les patients et leurs proches, à proximité de l'hôpital, à un coût modeste. Peuvent tout de même subsister des restes à charge pour les usagers. **Un système de financement pérenne de ce dispositif pourrait être envisagé**, car les séjours en maisons d'accueil ne sont financés qu'en partie par la CNAM, sous forme de conventionnement et sur la dotation du fonds social (FNASS). **Dans ces conditions, les MAH pourraient constituer une partie de la réponse à la mise en œuvre de l'engagement maternité.**

Chapitre 3 – Renforcer la qualité, la pertinence et l'efficacité des soins et des accompagnements

▪ Article 38 – Financement par la CNSA des établissements à l'étranger accueillant des adultes handicapés français

Un accord cadre du 21 décembre 2011 a permis de mettre en place un dispositif conventionnel avec 25 établissements belges représentant 1500 places pour enfants.

Pour le secteur adulte, la situation est beaucoup plus complexe et non régulée. Les trois quarts des adultes accueillis en Wallonie fin 2018 sont originaires soit d'Ile-de-France (42 %) soit de la région Hauts-de-France (32 %)¹³. **La mesure proposée consiste à procéder au conventionnement des établissements pour adultes au titre de l'accord cadre.** Il est donc proposé de compléter son 4°) et d'insérer « ou à des personnes adultes handicapées » après les mots : « mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 242-4 ». Cette mesure permet aussi de porter des exigences de qualité complémentaires des critères de la réglementation wallonne.

Le conventionnement avec les établissements belges aura pour effet de transférer pour l'année N+1 leurs dépenses de fonctionnement en N du 6^{ème} sous-objectif de l'ONDAM vers l'ONDAM médico-social PH et la mesure proposée permettra à la CNSA de déléguer les crédits à l'ARS Hauts-de-France qui aura la charge de tarifier les établissements conventionnés pour adultes.

¹³ Cf. Etude d'impact PLFSS 2020 – p.338

Parallèlement, le plan de création de solutions qui accompagne la mesure se décline en une autorisation d'engagement de 90 millions d'euros sur trois ans (2020-2022) au titre de l'ONDAM médico-social afin de créer des solutions alternatives en France dans les trois régions (Hauts-de-France, Ile-de-France, Grand-Est) qui sont le plus concernées par l'accueil de personnes en situation de handicap en Wallonie. Ces crédits de paiement seront pris sur trois ans de la manière suivante :

- 2020 : 20 millions d'euros
- 2021 : 35 millions d'euros
- 2022 : 35 millions d'euros.

Pour rappel, la problématique des départs des personnes handicapées en Belgique constitue l'un des cinq chantiers mis en place dans le cadre de la 5^{ème} Conférence nationale du handicap.

Bien que l'Uniopss se félicite de cette mesure qui vise notamment à mieux encadrer l'accueil des adultes en situation de handicap français en Belgique, elle restera attentive à ce que « les solutions alternatives » répondent aux enjeux de la transformation de l'offre pour une société inclusive et qu'elles soient rapidement essaimables dans d'autres régions (PACA, Normandie ...) aussi impactées par les départs non souhaités en Belgique.

▪ Proposition article additionnel – CPOM PH

Par ailleurs, l'Uniopss a soutenu avec APF France-Handicap et la FEHAP un amendement relatif à l'encadrement de la modulation de la dotation en fonction d'objectifs d'activité pour les CPOM obligatoires du secteur du handicap en proposant d'instaurer une complémentarité entre les différents indicateurs d'activité afin de ne pas pénaliser les établissements et services et de ne pas freiner le parcours des personnes. Pour rappel, depuis 2018, les établissements et services du secteur du handicap qui signent un CPOM « obligatoire » (L.313-12-2 du CASF) peuvent se voir imposer une modulation de la dotation en fonction d'objectifs d'activités.

Si ce dispositif a été encadré par un décret en Conseil d'Etat en juin 2018, il est constaté, un an après sa mise en œuvre, des pratiques hétérogènes en matière de mesure de l'activité. Ainsi, malgré le fait que le décret propose 3 indicateurs (taux d'occupation, file active ou nombre de prestations) certaines autorités de tarification (agence régionale de santé ou conseil départemental) n'utilisent que le taux d'occupation. Or, celui-ci ne répond pas toujours aux nouveaux objectifs de transformation de l'offre où accueil séquentiel et modularité se renforcent.

L'Uniopss salue l'adoption de cet amendement en Commission des Affaires sociales (N°AS867). Elle espère que l'amendement sera conservé en séance publique.

▪ Article 41 - Certificats médicaux de non contre-indication à la pratique sportive

L'article 41 prévoit la suppression du renouvellement du certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive pour les enfants, en précisant que les visites médicales liées à la pratique sportive s'intègrent désormais dans les vingt consultations obligatoires du parcours de santé de l'enfant dont 3 sont réalisées entre 6 et 18 ans (soit une tous les 4 ans en moyenne). Ce renouvellement du certificat a déjà lieu tous les 3 ans et non plus tous les ans depuis la loi Santé de 2016.

Le problème réside dans le fait que ces consultations dites obligatoires du parcours de santé de l'enfant n'ont aucune effectivité et que la consultation pour établir le certificat de non contre-indication au sport, constitue un point de passage obligé, et souvent l'unique contact avec un professionnel de santé pour certains enfants et adolescents. C'est aussi un moment privilégié pour des conseils de prévention, puisque la pratique sportive interroge l'alimentation, les consommations et les habitudes de vie en général, et permet de faire le lien entre activité physique et santé.

Le HCSP, dans son avis de 2017 sur le sujet, recommande pour les adolescents « d'augmenter la fréquence des examens médicaux de prévention, au minimum tous les deux ans » alors que le renouvellement du certificat est triennal dans les dispositions du décret de 2016, et que les consultations dites obligatoires sont en moyenne tous les 4 ans pour les enfants et adolescents.

Si toutes les visites médicales peuvent être l'occasion de délivrer un certificat, supprimer l'obligation du renouvellement du certificat médical, c'est prendre le risque d'espacer davantage les visites médicales. **Ce n'est pas une mesure en faveur de la santé des enfants et des jeunes. Par l'éloignement de ces derniers du système de soin et de prévention, elle présente également le risque d'accroître les inégalités sociales de santé.**

Par ailleurs, l'article remplace le renouvellement du certificat par un questionnaire d'auto-évaluation sur la santé de l'enfant. Faire porter sur les parents, l'évaluation de l'état de santé de leurs enfants et de leur capacité à pratiquer une activité sportive, via une auto-évaluation, questionne également, alors qu'on sait que tous ne disposent pas des éléments d'appréciation et des critères scientifiquement démontrés permettant cette autoévaluation.

Pour l'ensemble de ces raisons, et pour favoriser la consultation pour la pratique sportive comme outil de prévention, **l'Uniopss propose supprimer cet article.** Le système des certificats médicaux de non contre-indication au sport n'étant pas totalement satisfaisant selon une partie des médecins généralistes. **En lieu et place, une consultation de prévention liée à la pratique sportive pourrait être créée et prise en charge par l'assurance maladie, pour favoriser à la fois la pratique sportive et la promotion de la santé des enfants et des jeunes.**

▪ **Article 42 - Contrat de l'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) et adaptation du dispositif de financement de la qualité**

L'article 42 propose de :

- ▶ Recentrer le contrat sur un nombre de priorités limitées d'amélioration de l'efficience et de la pertinence des soins (le dispositif était jugé trop lourd et peu cohérent avec d'autres dispositifs d'incitation financière à la qualité tel que IFAQ)
- ▶ Renforcer le mécanisme d'intéressement à la qualité
- ▶ Permettre au DG ARS de fixer des volumes plafond de prescriptions, prestations et actes et mettre en place un mécanisme de dérogation aux tarifs nationaux (abattements)

Cet article est peu lisible dans la mesure où d'un côté il supprime certaines sanctions prévues pour non atteinte ou atteinte partielle des objectifs, et d'un autre côté confirme les possibles pénalités financières en cas de refus de contractualiser sur un indicateur et ajoute un principe de minoration tarifaire en cas de sur-recours à certains actes.

▪ **Article 44 - Mesures diverses pour le secteur des transports de patients et extension des dérogations prévues à l'article 51 de la LFSS 2018**

L'article 44 propose de :

- ▶ Doter d'une base légale le transport partagé pour le développer
- ▶ Poursuivre les expérimentations votées en 2012 et débutées en 2016 sur 7 territoires en matière de transports sanitaires urgents (à distinguer des transports programmés) **dans l'attente d'une réforme globale de la garde ambulancière en 2020**
- ▶ Étendre le champ du dispositif d'innovation en santé (article 51 de la LFSS pour 2018) au domaine des transports sanitaires.

Le transfert des dépenses de transports sanitaires au sein des budgets des établissements de santé (LFSS pour 2017), entrée en vigueur au 1^{er} octobre 2018 n'a pas été sans difficultés. Elle a été partiellement mise en pause en février 2019¹⁴. Cette réforme pose encore des difficultés notamment pour le transport des personnes en situation de handicap accueillies en SSR¹⁵, et leurs restes à charge.

Après une mission IGAS sur la mise en place de la réforme, une nouvelle mission prospective de l'IGAS est prévue à l'automne 2019 pour proposer des évolutions concrètes pour la régulation du secteur.

Pour information, il y a trois types de transports de malades :

- les ambulances ;
- les véhicules sanitaires légers ;
- les taxis conventionnés.

L'Uniopss souligne les difficultés importantes des personnes en situation de handicap dans l'accès aux transports sanitaires, notamment le manque d'accessibilité TPMR des VSL et l'impossibilité d'emport d'un fauteuil roulant dans les VSL et ambulances¹⁶.

L'Uniopss souhaite attirer l'attention sur les transports médico-sociaux, à savoir les transports vers et depuis les ESMS pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées. Un récent rapport¹⁷ de la Cour des comptes publié en octobre 2019 étudie les transports sanitaires et médico-sociaux. S'il a le mérite de se pencher pour la première fois sur ces derniers, les constats et propositions restent faibles : des données sur les dépenses de transports médico-sociaux éparées et incomplètes (estimée à 1 milliard d'euros), pas d'estimation des dépenses restant à la charge des familles, l'absence de moyens et d'accompagnement des personnes. **L'Uniopss attire plus particulièrement l'attention sur la question des restes à charge pour les personnes.**

Sur l'article 51 de la LFSS 2018, l'Uniopss soutient la proposition d'amendement de l'UNA pour élargir son champ d'application aux modalités de qualification entre actes d'aide et actes de soins dans le cadre d'un accompagnement par un établissement ou service social ou médico-social. L'actuel cloisonnement des métiers de l'aide et du soin obère la qualité et à la pertinence de l'accompagnement. Des réflexions et innovations organisationnelles pourraient être proposées *via* l'article 51.

Titre II – Promouvoir la justice sociale

Chapitre 1 - Protéger les français contre les nouveaux risques

▪ Article 45 - Indemnisation du congé de proche aidant

L'indemnisation du congé du proche aidant est une revendication de longue date du réseau Uniopss-Uriopss. La mission du député Pierre Dharréville de 2017 relative aux aidants familiaux avait notamment été l'occasion pour le réseau de rappeler cette nécessité afin de rendre effectif le droit au congé de proche aidant.

Cet article 45 traduit donc la promesse du gouvernement maintes fois renouvelée - notamment à l'occasion de la remise des conclusions du rapport Libault sur la concertation grand âge et autonomie

¹⁴http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2019/02/cir_44400.pdf

¹⁵<https://www.apf-francehandicap.org/actualite/prise-en-charge-du-retour-domicile-alerte-sur-une-mauvaise-interpretation-de-la-loi-18886>

¹⁶https://www.apf-francehandicap.org/sites/default/files/2018_mai_auditionart64lfss.pdf (page 4)

¹⁷<https://www.ccomptes.fr/fr/documents/50129>

– d'apporter un soutien financier aux proches aidants à travers la création de cette nouvelle allocation.

► **Précisions sur les dispositions (cf. nouvel article L.168-9 du code de la sécurité sociale) :**

Le montant de cette allocation journalière du proche aidant (AJPA) sera fixé par décret. L'étude d'impact du PLFSS 2020 précise que ce montant pourrait être aligné sur ceux de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) soit :

- 52 € par jour pour une personne seule
- 43 € par jour pour les personnes vivant en couple.

Le proche aidant pourra bénéficier de cette aide pendant une durée de **66 jours sur l'ensemble de sa carrière professionnelle**.

Sur ce point, l'Uniopss a proposé un amendement visant à aligner l'indemnisation du congé du proche aidant sur la durée du congé lui-même. Pour rappel, le Code du travail prévoit depuis fin 2015 un congé pour les proches aidants leur permettant de suspendre ou de réduire temporairement leur activité professionnelle afin de s'occuper d'un proche, qui s'élève à **un an maximum** sur l'ensemble de la carrière. **Ce droit ne pourra être effectif que si la durée de l'indemnisation est alignée sur la durée du congé.**

► **Articulation avec d'autres aides (cf. nouvel article L168-10 du code de la sécurité sociale) :**

L'article précise que l'allocation n'est pas due lorsque le proche aidant est salarié de la personne aidée à laquelle il apporte son soutien et qu'il est rémunéré par l'APA ou la PCH dont elle est bénéficiaire.

L'AJPA n'est par ailleurs pas cumulable avec :

1. L'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption
2. L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité
3. L'indemnisation des congés de maladie d'origine professionnelle ou non ou d'accident du travail
4. Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi
5. La prestation partagée d'éducation de l'enfant
6. Le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant, lorsque la personne accompagnée est un enfant dont il assume la charge
7. L'allocation aux adultes handicapés
8. L'allocation journalière de présence parentale
9. L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie
10. Le volet aide humaine de la prestation de compensation du handicap.

Aux termes de ces dispositions, les bénéficiaires de l'AAH et les bénéficiaires du complément et de la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé seraient exclus du bénéfice de l'allocation journalière du proche aidant, alors même qu'ils sont directement concernés par le handicap et donc par ce congé. Les bénéficiaires de l'AAH exerçant une activité professionnelle peuvent en effet tout à fait être concernés par le congé de proche aidant, aussi il apparaît discriminatoire de les exclure de la possibilité d'une indemnisation au motif qu'ils sont titulaires de cette allocation.

De même, le complément de l'AEEH peut être attribué pour un enfant dont le handicap exige le recours à une tierce personne rémunérée ou entraîne des dépenses égales ou supérieures à un

montant fixé par arrêté. Un parent peut donc choisir de ne pas réduire son activité professionnelle et de recourir à une tierce personne mais devoir prendre un congé de proche aidant car le besoin de son enfant va ponctuellement au-delà de ce temps ou parce qu'il souhaite l'accompagner à des examens médicaux.

L'Uniopss a donc proposé un amendement de suppression de ces deux dispositions spécifiques.

► **Modalités pratiques :**

La mesure entrera en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard au **1^{er} octobre 2020**.

Cette nouvelle allocation sera financée par la CNSA (cf. analyse budgétaire).

L'étude d'impact précise par ailleurs qu'un rapport sera remis au Parlement, au plus tard le 1^{er} janvier 2022, « afin d'évaluer le recours à cette nouvelle allocation (nombre de bénéficiaires, la durée de versement moyenne de l'allocation, pertinence du montant, etc.), et le cas échéant prévoir des adaptations notamment en ce qui concerne une éventuelle harmonisation des congés de proche aidant, de solidarité familiale et de présence parentale et les modalités de leur indemnisation qui pourraient, de ce fait, évoluer. »

► **Coûts estimés de la mesure¹⁸ :**

Synthèse des différents coûts pluriannuels de l'allocation journalière de proche aidant avec une entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2020

	Second semestre 2020	2021	2022	2023
Taux de recours de 15 %	27 M€	54 M€	54 M€	54 M€
Taux de recours de 25 %	45 M€	89 M€	89 M€	89 M€

Impact financier pour la CNSA au titre de l'allocation journalière de proche aidant (AJPA) et de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

	Second semestre 2020	2021	2022	2023
Taux de recours de 15 %	30 M€	64 M€	64 M€	64 M€
Taux de recours de 25 %	54 M€	108 M€	109 M€	109 M€

Chapitre 2 - Lutter contre la reproduction des inégalités sociales et territoriales

▪ Article 48 – Consolidation de l'Agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires (ARIPA)

D'après une note du think-tank Terra Nova de mars 2019, 900 000 personnes attendent chaque mois une pension alimentaire pour subvenir aux besoins de 1,5 million d'enfants. 35 % d'entre elles sont victimes d'impayés, soit 315 000 parents et près de 500 000 enfants.

Pour remédier à cette situation, une Agence de recouvrement des impayés des pensions alimentaires (Aripa), adossée à la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), a été créé par la LFSS 2017. Cette agence était en charge du versement de l'Allocation de soutien familial (ASF) et pouvait

¹⁸ Cf. Etude d'impact, p.415

prendre l'attache de l'employeur ou des organismes bancaires du parent débiteur pour obtenir le paiement de la pension alimentaire à venir ou des sommes impayées depuis les 24 derniers mois après demande du parent créancier. Le nombre de procédures de recouvrement en cours est d'environ 38 000. Le nombre de parents a sollicité l'agence est donc relativement faible au regard du nombre de familles victimes d'impayés.

Pour améliorer l'efficacité du recouvrement, le gouvernement a annoncé une réforme de l'Aripa. Ses missions vont être étendues. L'Aripa exercera désormais une **mission d'intermédiation**. Pour cela, le titre exécutoire fixant la pension alimentaire sera envoyé directement à l'agence qui demandera ensuite les coordonnées bancaires et l'autorisation de prélèvement au débiteur. En cas d'impayés, l'agence procédera, comme auparavant, via une saisie sur salaire par exemple. **C'est une mesure que l'Uniopss salue car elle répond à un besoin de familles.** Elle s'inscrit aussi dans une démarche favorable à l'égalité entre les femmes et les hommes puisque la majorité des victimes d'impayés de pensions alimentaires sont des femmes.

L'Uniopss regrette néanmoins une disposition de cet article qui permettrait la cession ou saisie des aides personnelles au logement pour le recouvrement des créances liées au non-versement des pensions alimentaires (cf. II de l'article 48). En effet, cela ajoute de la précarité à la précarité et ne permet pas de sécuriser le versement ultérieur des pensions alimentaires. Par ailleurs, fragiliser le maintien dans un logement d'un parent peut le mettre en difficulté dans l'exercice de sa parentalité : pour recevoir, par exemple, ses enfants de façon ponctuelle. Les situations de pauvreté peuvent empêcher le versement de pensions alimentaires. **Le rôle de la CNAF est davantage d'accompagner les parents en situation de pauvreté que de les sanctionner.** Cette disposition est par ailleurs incompréhensible au regard de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté. Il en va de même pour les dispositions qui permettent la saisie de créances sur l'allocation adulte handicapé (AAH – cf. 6° du V de l'article 48) ou sur la prime d'activité (cf. 7° du V du même article).

De la même façon, l'Uniopss ne comprend pas la suppression de la disposition du Code de la sécurité sociale (2°a du V de l'article 48) qui limitait les possibilités de saisie ou de cession sur les prestations familiales à « un montant mensuel » déterminé dans des conditions prenant notamment en compte « la composition de la famille, de ses ressources, des charges de logement ».

Si l'Uniopss rejoint entièrement la nécessité d'améliorer le versement de pensions alimentaires, elle souhaite que cela ne se traduise pas par une fragilisation des plus précaires. Le rôle de la Caisse nationale des allocations familiales est d'accompagner les parents, notamment ceux qui se trouvent dans une situation de précarité, afin qu'il puisse exercer sereinement leur parentalité en faveur du développement complet et global de leur enfant.

▪ **Article 49 – Mieux informer les familles des disponibilités de places d'accueil du jeune enfant**

L'Uniopss partage l'objectif « d'améliorer l'information des familles sur l'offre disponible » en matière d'accueil du jeune enfant. Ainsi, elle avait soutenu les annonces lors du lancement de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté relative à la transparence des critères d'attribution de places en crèche. L'Union a regretté que cette annonce ne se concrétise qu'en un simple Vade-mecum.

Pour autant, **le dispositif proposé à l'article 49 ne semble pas adapté aux réalités des modes d'accueil du jeune enfant et risque de générer des crispations et incompréhensions entre les familles et les gestionnaires de mode d'accueil. Il risque également d'entraîner la perte de l'agrément de nombreux assistants maternels.**

L'article 49 prévoit que les gestionnaires de crèches et les assistants maternels recensent « au fil de l'eau » les places disponibles dans leur structure. La périodicité de ce recensement et les modalités de mise en œuvre seront définies par décret et arrêté. Le dossier de présentation du PLFSS 2020 fait pour autant état d'un suivi quotidien des disponibilités.

Or, ce dispositif nie le fait que des gestionnaires peuvent être amenés à réserver des places de crèche pour des entreprises ou des municipalités ; places pour lesquelles ils ne sont pas maître de l'attribution. Des places pourraient donc être indiquées comme « disponibles » tout en n'étant pas, réellement, accessibles à l'ensemble des familles. En outre, l'organisation de chaque crèche dépend de son projet. Certaines structures font ainsi le choix de conserver une place disponible pour les urgences sociales (forme d'accueil occasionnel). Enfin, en l'état actuel, les gestionnaires n'ont pas les ressources suffisantes pour indiquer « au fil de l'eau » les disponibilités au sein de leur structure.

S'agissant des assistants maternels, le dispositif proposé semble très théorique. Peu de professionnels se sont aujourd'hui saisis de *monenfant.fr*, le considérant trop compliqué d'usage. A cela s'ajoute, le fait que certains assistants maternels n'ont pas accès à un matériel informatique et / ou à une connexion internet. L'article 49 introduit par ailleurs une nouvelle condition à l'agrément des assistants maternels. Celle de publier son identité et ses coordonnées sur le site de la CNAF précité. Or, sans accompagnement des professionnels, cette disposition (qui semble rétroactive) pourrait mettre à mal un certain nombre d'agrément.

Depuis un an, se tient une concertation sur la petite enfance réunissant l'ensemble des acteurs du secteur. A partir de ces discussions, une ordonnance révisant le cadre normatif applicable à l'accueil du jeune enfant sera publiée d'ici février 2020. Il pourrait donc être plus judicieux que le dispositif d'information aux familles soit intégré à l'ordonnance après avoir pris en compte les réalités du secteur (notamment sur la réservation de places pour les entreprises ou les délégations de service public).

Par ailleurs, cette disposition ne semble pas faire l'objet de financement spécifique de la part de la branche famille.

Proposition d'un article additionnel - Mettre en cohérence Allocation de rentrée scolaire et obligation de scolarité

Jusqu'en 2019, le droit au versement de l'Allocation de rentrée scolaire (ARS) débutait avec l'obligation scolaire (soit six ans). Le PLFSS 2019 a décorrélé ARS et début de la scolarité obligatoire. En juillet de la même année, la loi pour une École de la confiance abaissait l'âge de l'instruction obligatoire à 3 ans.

Or, l'allocation de rentrée scolaire accompagne les familles à faire face aux dépenses qu'engendre une rentrée scolaire. L'entrée dans l'enseignement primaire entraîne des frais que certaines familles peuvent avoir des difficultés à prendre en charge, et cela dès l'école maternelle. Dans le contexte actuel de lutte contre la pauvreté (notamment des enfants et de leur famille), la décorrélation de l'ARS avec le début de la scolarité obligatoire semble paradoxale.

Le montant de l'ARS est fixé par décret. Les dépenses liées à l'entrée à l'école maternelle étant inférieures à celles de l'entrée en primaire, une nouvelle tranche d'âge de 3 à 6 ans pourra être introduite par décret. Le montant de l'aide que les familles percevraient pour les enfants de 3 à 6 ans serait ainsi inférieure à celle des enfants de 6 ans et plus, conformément aux coûts engendrés par les différentes rentrées.

L'Uniopss a donc proposé aux députés un amendement visant à rétablir la logique antérieure de l'ARS pour permettre à certaines familles de faire face plus sereinement aux dépenses de chaque rentrée.

Chapitre 3 - Prendre en compte les parcours, les situations et les transitions

▪ Article 52 – Prendre en compte les parcours, les situations et les transitions

Cet article prévoit par dérogation à l'article L. 161-25 du Code de la sécurité sociale une revalorisation des certaines prestations de seulement 0,3 % pour l'année 2020.

Pour rappel, l'article L. 161-25 du Code de la sécurité sociale dispose que :

« La revalorisation annuelle des montants de prestations dont les dispositions renvoient au présent article est effectuée sur la base d'un coefficient égal à l'évolution de la moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, calculée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques l'avant-dernier mois qui précède la date de revalorisation des prestations concernées. »

Au lieu d'aligner la revalorisation des prestations sociales et familiales sur l'inflation et au minimum de 1 %, cet article 52 prévoit donc une revalorisation à 0,3 % alors même que l'inflation est estimée à 1,2 % pour 2020.

Les aides concernées par cette dérogation sont notamment : les prestations familiales, l'allocation adulte handicapé et la prime d'activité. Par ailleurs, l'exposé des motifs précise que les minimas sociaux (tels que le RSA ou l'ASS) ne sont pas concernés par cette disposition et évolueront en fonction de l'inflation or, ils ne font pas partie, dans la rédaction de l'article 52 du PLFSS 2020, des prestations pour lesquelles la dérogation demandée ne s'applique pas. Seules les retraites brutes d'un niveau inférieur à 2000 euros, mais également l'ASPA, l'allocation de veuvage, le montant minimum de la pension de réversion, l'allocation supplémentaire d'invalidité sont exemptées de cette dérogation à l'article L.161-25 du Code de la sécurité.

Cette revalorisation à 0,3 %, qui correspond à un quasi-gel de certaines prestations sociales et familiales va entraîner une perte de pouvoir d'achat pour des publics déjà fragilisés.

Par ailleurs, alors que le gouvernement prévoit la revalorisation de l'AAH à 900 euros au 1er novembre 2019, il initie, comme l'année dernière, un mécanisme de maîtrise de la dépense publique en limitant l'indexation prévue pour 2020 à 0,3 % (0 % en 2019) au lieu de celle prévue dans le cadre de l'inflation, estimée entre 1 et 1,2 %.

Cette mesure va à l'encontre de la dynamique de revalorisation du pouvoir d'achat prévue pour 1 129 000 bénéficiaires en situation de handicap. Elle va également à l'encontre de l'objectif de prévention et de lutte contre la pauvreté qui est de permettre aux personnes d'accéder à un revenu décent.

L'Uniopss demande que la disposition concernant la revalorisation différenciée de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) pour 2020 soit supprimée au profit d'une revalorisation légale tenant compte du taux d'inflation.

S'agissant des prestations familiales, cette revalorisation *a minima* paraît d'autant plus surprenante dans un contexte d'excédent de la branche famille.

Cette disposition est d'autant plus regrettable qu'elle s'inscrit dans un contexte où des leviers de solvabilisation des dépenses incontournables des ménages, tels que les aides au logement, APL, mais également la Prime d'activité, sont eux aussi plafonnés à une augmentation en-dessous de l'inflation, à 0,3 % (cf. l'article 67 du PLF 2020).

Il ne saurait donc être dérogé au principe de revalorisation des prestations d'aide sociale en fonction de l'inflation, les modalités de revalorisation prévues à l'article L 161-25 du code de la sécurité sociale doivent continuer à s'appliquer.

Un amendement à cet article 52 a été présenté en ce sens.

▪ **Article 53 - Simplification de la transition vers la retraite des bénéficiaires des minima sociaux (AAH et RSA)**

Cet article vise à mettre en place un dispositif de substitution automatique de la retraite à l'AAH et au RSA à l'âge légal dans le but d'assurer une continuité des droits.

► **Sur l'AAH :**

Pour rappel, en vertu du principe de subsidiarité, l'AAH cesse d'être due quand les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies. C'est notamment le cas quand la personne peut prétendre à un autre avantage de vieillesse ou d'invalidité ou à une rente d'accident du travail : elle doit faire valoir cet avantage en priorité.

Au regard de cette disposition, lorsque la CAF ne reçoit pas dans le délai imparti le récépissé de dépôt de demande de la personne bénéficiaire de l'AAH pour faire valoir son droit à la retraite, elle suspend alors le versement de l'AAH.

Cet article 53 a donc pour objectif d'éviter les cas de suspension des droits en prévoyant une automaticité du versement de la pension de retraite lorsque le bénéficiaire de l'AAH n'ouvre plus droit à l'AAH. Sans préjudice de la possibilité pour les personnes dont le taux d'incapacité permanente se situe au-delà de 80 % de bénéficier d'une AAH différentielle dans le cas où le montant de la pension de retraite serait inférieur au montant de l'AAH (et dans la limite du montant de l'AAH).

À noter que l'étude d'impact précise « qu'afin d'éviter tout risque de limitation de la création de droits à retraite, les bénéficiaires de l'AAH encore en activité ne seront pas concernés par cette substitution automatique. Ils continueront donc à devoir procéder à une demande de retraite, qui sera calculée dans les mêmes conditions que les bénéficiaires de l'AAH concernés par la substitution automatique (bénéfice du taux plein dès 62 ans) ».

► **Sur le RSA :**

Pour rappel, actuellement, un principe de subsidiarité s'applique sur le RSA par rapport aux prestations sociales contributives et non contributives, sauf pour les retraites pour les assurés non inaptes. Les allocataires du RSA inaptes sont obligés de liquider leur retraite à l'âge légal puisque l'inaptitude ouvre droit au taux plein par l'âge à 62 ans. La subsidiarité avec le minimum vieillesse(ASPA) a lieu lorsque les allocataires du RSA peuvent y prétendre, soit à 65 ans.

Cependant, du fait de la réforme des retraites de 2010, l'âge d'octroi automatique du taux plein a été repoussé progressivement de 65 à 67 ans. Or, l'obligation de liquider l'ASPA pour les allocataires du RSA reste à 65 ans, les conduisant à liquider leur retraite à cet âge avec décote s'ils ne disposent pas de la durée d'assurance requise.

Le présent article entend laisser le choix à l'allocataire du RSA qui a atteint 65 ans, après avoir été informé par la CAF, de liquider ses droits à la retraite et toucher l'ASPA (avec potentielle décote) ou attendre 67 ans pour bénéficier d'une retraite à taux plein et de l'ASPA, après s'être renseigné auprès de sa CARSAT.

Il est important que l'allocataire puisse avoir toutes les informations disponibles pour réaliser le choix le plus avantageux possible selon son parcours entre une liquidation des droits à la retraite dès 65 ans avec potentielle décote ou plus tardive, à 67 ans à taux plein. Il appartient donc à la CAF, aux caisses de MSA mais également au CARSAT de fournir les informations les plus exactes et claires possibles aux allocataires pour éclairer leur choix.

Concernant cet article, l'Uniopss entend rappeler qu'au-delà d'un nouveau dispositif législatif, l'enjeu est également que les liens entre CAF et Caisse de retraite soient de manière générale plus efficaces afin d'éviter les ruptures de droits.

- **Article 54 - Suppression du dispositif de rachat de rente d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) et simplification de la notification du taux AT/MP aux employeurs**

Ce texte présente deux mesures :

► **La dématérialisation de la notification du taux AT/MP**

L'article prévoit que la notification soit notifiée par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail par voie électronique, selon des modalités fixées par arrêté.

► **La suppression de la possibilité de rachat partiel des rentes AT/MP**

Les textes en vigueur prévoient qu'une victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle qui bénéficie d'une rente puisse convertir une partie de celle-ci sous forme de capital. Cet article 54 a pour but de supprimer cette possibilité pour les bénéficiaires d'une rente AT/MP de percevoir une partie de celle-ci en capital via un rachat.

L'Uniopss regrette que cet article vienne retirer la possibilité de bénéficier d'un apport en capital qui peut être intéressant pour les personnes concernées. Par ailleurs, les arguments développés pour justifier cette mesure tiennent essentiellement à des considérations administratives, d'organisation et de complexité, sans jamais prendre en compte la situation des personnes et l'intérêt que revêt pour elle cette possibilité.

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

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