



Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

1^{ère} lecture Assemblée Nationale

Propositions d'amendements de l'Uniooss

Attention amendements et numéros
d'article à partir de l'Avant-Projet de loi

Octobre 2019

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Rapport d'évaluation de l'expérimentation

Article 12 – Simplifier et créer un cadre de prise en compte contemporaine des aides en faveur des particuliers employeurs dans le cadre des services à la personne

L'article 12 est ainsi modifié :

Le IV. est complété par la phrase suivante :

« Le Gouvernement remet au Parlement, à l'échéance de cette période d'expérimentation, un rapport d'évaluation portant notamment sur les effets de la contemporanéité du crédit d'impôt mentionné à l'article 199 sexdecies du code général des impôts sur la participation financière des bénéficiaires des prestations mentionnées aux articles L. 231-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles d'une part et sur les coûts induits par l'application du 2° du II du présent article pour les prestataires définis au 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail participant à l'expérimentation d'autre part. ».

Exposé sommaire

S'il est louable d'expérimenter des dispositifs permettant de ne plus avoir de décalage entre le moment où la dépense est réalisée et celui où les aides sont perçues pour les personnes recourant à des services à domicile et notamment les plus vulnérables d'entre elles, il est nécessaire de mesurer les éventuels effets induits négatifs de telles mesures. En effet, certains SAAD facturent des prix au-delà de la participation financière légale prévue pour l'APA et la PCH et il convient de mesurer l'effet de cette expérimentation sur le prix des services et en conséquence sur le reste à charge.

Par ailleurs, l'expérimentation prévoit une contemporanéité de l'APA et de la PCH organisé par les centres CESU. Or, d'ores et déjà les conseils départementaux peuvent verser directement, par un mécanisme de tiers payant, ces prises en charge aux SAAD, limitant ainsi l'avance de trésorerie pour ces bénéficiaires. Il convient ainsi de vérifier que l'expérimentation en introduisant un nouvel acteur n'engendre ni surcoût pour les personnes ou les services prestataires, ni complexité supplémentaire

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Suppression de la consigne des dispositifs médicaux

Article 28 - Prise en charge des dispositifs médicaux

Il est proposé de supprimer le 2° du II de l'article 28

Exposé sommaire

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 qui, de plus, serait « rétrocédée » à la personne sauf en cas de dispositif médical anormalement détérioré.

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Garantir le libre choix des dispositifs médicaux

Article 28 - Prise en charge des dispositifs médicaux

Il est proposé de supprimer le 2° du II de l'article 28 et de le remplacer par la phrase suivante :
« 2° Garantir le libre choix de la personne »

Exposé sommaire

Le respect du libre choix des personnes est essentiel. Il fait l'objet de nombreux textes législatifs et réglementaires, pourtant son application est souvent remise en question, notamment lors des instructions des demandes de prestations de compensation par les MDPH. Cet amendement a pour objet d'assurer à la personne qu'il ne lui sera pas imposé le choix d'un dispositif médical faisant l'objet d'une remise en état.

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Garantir le meilleur usage des dispositifs médicaux

Article 28 - Prise en charge des dispositifs médicaux

Il est proposé la modification suivante :

II.- Après l'article L. 5212-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5212- 1-1 ainsi rédigé :
« Art. L. 5212-1-1.- Certains dispositifs médicaux à usage individuel figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent faire l'objet d'une remise en bon état d'usage en vue d'une réutilisation par un patient différent de celui l'ayant initialement utilisé. La réalisation de cette remise en bon état d'usage est subordonnée : « 1° Au respect de critères permettant de garantir la qualité et la sécurité sanitaire d'emploi du dispositif médical remis en bon état d'usage ;
« 2° À une procédure d'homologation des centres ou des professionnels autorisés à réaliser cette remise en bon état d'usage ».

Exposé sommaire

Il est proposé de supprimer le terme « peut-être » et de le remplacer par le terme « est » afin de garantir le meilleur état d'usage possible des dispositifs médicaux notamment car les aides techniques visées par ces dispositions sont utilisés par des personnes particulièrement fragiles (en situation de handicap, en avancée en âge ou souffrant de maladies chroniques).

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Accès des allocataires des adultes handicapés à la couverture complémentaire santé

Article 32 bis (nouveau) après article 32 (Lissage de la fin de droit à la protection complémentaire en matière de santé)

L'article L861-2 du code de la sécurité sociale est ainsi complété :

L'examen de l'ouverture au droit à la couverture complémentaire mentionnée à l'article L861-2 et son renouvellement sont automatiquement étudiés pour les bénéficiaires de l'allocation mentionnée aux articles L821-1 et L821-2 dans des conditions fixées par décret.

Exposé des motifs

Cet amendement a pour objectif de simplifier l'accès à la couverture complémentaire santé et son renouvellement aux bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé par une étude automatique. Cette disposition s'inspire de ce qui est déjà prévu pour les bénéficiaires du RSA.

80 % des allocataires de l'allocation adulte handicapé ne travaillent pas et une telle mesure est de nature à lutter contre leur non recours aux droits. Ainsi, le rapport Christophe Sirugue « Repenser les minimas sociaux : vers une couverture socle commun » de 2016 plaide pour une automaticité de l'attribution des droits connexes pour tous les allocataires de minima sociaux. C'est encore le cas du très récent rapport « l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et de précarité » de Philippe de Normandie et Marianne Cornu-Pauchet qui préconise l'automaticité de l'ouverture à l'ACS aux bénéficiaires de l'AAH.

Cette mesure n'a pas vocation à augmenter le nombre de bénéficiaires et donc le coût du dispositif d'aide à l'amélioration à la couverture complémentaire santé mais de simplifier le recours à ceux dont les ressources répondent aux critères d'accès.

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Simplifier le déploiement de produits de santé dans le cadre de réduction des risques et des dommages

Article additionnel après l'article 33 (Prise en charge intégrale des frais liés à la contraception pour l'ensemble des mineures)

L'article L3411-8 du code de la santé publique est ainsi modifié :

Après le second alinéa, il est inséré l'alinéa suivant :

Par dérogation à l'article L. 4211-1, l'ensemble des acteurs menant des actions de réduction des risques et des dommages dans le cadre de leurs missions et actions (fixes ou mobiles), les forces de l'ordre peuvent délivrer les produits de santé correspondant strictement à leur mission de réduction des risques et des dommages et dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Un décret précise les modalités d'application du présent alinéa.

Exposé des motifs

Aujourd'hui, en France, environ 400 personnes succombent à une surdose d'opioïdes – licites (traitement anti-douleurs) ou illicites - chaque année.

Dans la palette de dispositifs de réduction des risques existants, la naloxone a une place particulière. En effet, la naloxone est un médicament qui permet de neutraliser les effets d'une surdose d'opioïdes et de sauver ainsi des vies. Morphine, méthadone, héroïne, fentanyl, tramadol, nombreux sont les produits licites et illicites à base d'opioïdes. En plus de l'injection intraveineuse et des médicaments l'associant à des traitements de substitution que peuvent délivrer des professionnels de santé habilités, deux formes de naloxone sont disponibles à la distribution aux usagers-es via les CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) et les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) : un spray nasal et une injection intramusculaire.

Améliorer l'accessibilité de la naloxone est demandé par de nombreux acteurs de la réduction des risques, de l'addictologie, les forces de l'ordre qui ont, le 31 août dernier, publié 12 actions à instaurer pour favoriser, développer l'accès et le bon usage de la naloxone.

Le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 préconise de « veiller à l'accessibilité physique et économique de la naloxone, faciliter en particulier la délivrance de la naloxone dite "take home" par des structures spécialisées (CSAPA / CAARUD) et non spécialisées, et développer la formation des professionnels-les, des intervenants.es, des usagers.e.s concerné.e.s et de leurs proches ».

Cet amendement vise 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.

Cet amendement est également porté par la Fédération Addiction et AIDES.

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Renforcement des missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie CSAPA – Consultations jeunes consommateurs

Article 35 – Bilan de santé obligatoire pour les entrées dans l'aide sociale à l'enfance

Après le deuxième alinéa, l'article L. 3411-6 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Afin de lutter contre le développement des addictions chez les jeunes consommateurs, ces centres peuvent développer des consultations spécifiques en direction de ceux-ci, 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. Les conditions matérielles de réalisation de cette mission et les modalités de ce financement sont déterminées par voie réglementaire. Le directeur général de l'agence régionale de santé prend en compte ces conditions matérielles afin de doter les centres des moyens suffisants pour l'exercice de cette mission ».

Exposé des motifs

Les addictions avec ou sans substance représentent un problème majeur de santé publique dont les impacts sont multiples : humain, sanitaire, social mais également économique et financier. Ces pratiques d'usage sont d'abord et essentiellement des conduites sociales, avant de devenir, chez certains des conduites addictives. Toutes les catégories de la population sont concernées mais nous ne sommes pas égaux devant les risques. Les jeunes et certains publics « fragilisés » sont plus particulièrement impactés.

La France est l'un des pays d'Europe les plus touchés.

Face à l'évolution alarmante de consommations de substances psychoactives constatées chez les jeunes dans notre pays, et comme ce fut le cas pour la Réduction des Risques à la fin des années 90, il est aujourd'hui urgent que les pouvoirs publics se saisissent de ce problème en renforçant de manière significative les moyens alloués au Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) chargées d'intervenir auprès des jeunes et de leur entourage. Dans le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 et le Plan priorité prévention, l'État fait d'ailleurs des CJC l'un de ses principaux leviers d'actions en direction de ces publics.

D'un point de vue économique, il a été démontré qu'intervenir précocement permet de faire d'importantes économies, notamment sur les dépenses de soin. À titre d'exemple, une étude américaine conduite par Partnerships in Prevention Science Institute¹ portant sur le programme SFP (Strengthening Families Program), a démontré que 1 dollar investi par l'État dans ce programme lui permettait d'en économiser 9,60.

Cet amendement propose donc de consolider cette mission et d'en tirer les conséquences en termes de tarification par le Directeur Général de l'ARS. 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.

¹ Science Institute concernant le Strengthening Families Program déployé dans 22 pays. Certains CSAPA expérimentent ce programme en France.

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Intégration des jeunes de la PJJ dans la disposition bilan de santé obligatoire

Article 35 – Bilan de santé obligatoire pour les entrées dans l'aide sociale à l'enfance

Au deuxième alinéa, après les mots « régulier du mineur. », est ajoutée la phrase suivante : « Ce bilan est réalisé, dès le début de la mesure, pour tous les enfants accompagnés par l'Aide sociale à l'enfance ou par la Protection judiciaire de la jeunesse. »

Exposé des motifs

Cet amendement vise à préciser que tous les enfants entrant dans le dispositif de protection de l'enfance doivent être concernés par ce bilan de santé, qu'ils soient pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ou la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

En 2019, dans son enquête sur les pratiques professionnelles contribuant à la bienveillance des enfants et des adolescents accueillis dans les établissements de la Protection de l'Enfance et de la Protection de la Jeunesse, la Haute Autorité a énoncé « la nécessité pour les établissements et les professionnels de santé de renforcer la prise en compte de la santé des enfants et des adolescents faisant l'objet d'une mesure de protection administrative, judiciaire civile ou judiciaire pénale ». Le bilan de santé proposé par ce présent article s'inscrit dans cette nécessité.

Il est donc impératif que ce bilan ne soit pas réservé aux seuls enfants pris en charge par l'ASE mais intègre bien ceux suivis par la PJJ. Pour mener une politique ambitieuse en faveur des enfants, et de leur santé, il faut sortir des logiques de silos.

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Suppression de l'article

Article 41 - Simplification des certificats médicaux de non contre-indication au sport

Suppression de l'article 41.

Exposé des motifs

Les dispositions de l'article 41 ne vont pas dans le sens de la priorité accordée à la prévention affichée par le gouvernement. L'effectivité des consultations obligatoires entre 0 et 18 ans peut être interrogée. En 2018, le CESE dans son rapport « Pour des élèves en meilleure santé » indiquait : « Trop souvent, les visites médicales obligatoires ne sont pas assurées ».

La visite médicale 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 est triennal dans les dispositions du décret de 2016.

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, 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, il est proposé de supprimer cet article.

Le système des certificats médicaux de non contre-indication au sport n'est 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.

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Amplifier la portée de l'article 51

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 est ainsi modifié :

I. A la suite du septième alinéa, il est inséré les alinéas suivant :

« m) Les articles L. 1111-6-1, L. 4311-1 et L. 4311-29 en ce qu'ils limitent les possibilités d'organiser des délégations de soins dans le cadre d'une prise en charge par un établissement de santé ou par un établissement ou service social ou médico-social. »

« b) Le 3° du II de l'article L. 162-31-1 est ainsi modifié :

« 3° Aux dispositions suivantes du code de l'action sociale et des familles :

a) Les règles de tarification et d'organisation prévues par le code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du même code ;

b) L'article L. 313-26, afin de redéfinir les modalités de qualification entre actes d'aide et actes de soins lors d'une prise en charge par un établissement ou service social ou médico-social. »

Exposé sommaire

Cet amendement permet d'amplifier la portée de l'article 51 pour le secteur médico-social. En effet, au-delà de la question clé des rigidités financières pour lesquelles l'article 51 ouvre la possibilité d'expérimenter des dérogations aux règles de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux, d'autres formes de cloisonnement mettent en cause la pertinence des accompagnements et génèrent des ruptures dans les parcours des personnes.

Ainsi, cet amendement prévoit d'étendre les dérogations sur deux points :

1. les règles d'organisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux afin de favoriser les innovations organisationnelles et permettre d'expérimenter de nouvelles formes de coopération entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires au service du parcours de santé et de vie des personnes ;
2. les 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.

Sur ce deuxième point, l'actuel cloisonnement des métiers de l'aide et du soin conduit à une étanchéité des missions, en particulier à domicile, entre aide à domicile (diplômé du DEAES, accompagnant éducatif et social) et aide-soignant (diplôme d'État d'aide-soignant).

Ce cloisonnement obère la qualité et la pertinence de l'accompagnement dans son objectif de préservation ou de renforcement de l'autonomie des personnes, dépendantes d'un tiers pour la réalisation de geste de soins rendus nécessaires du fait d'un handicap ou de l'avancée en âge. Une

note du CNCPH² et une récente étude Handéo³ montre à ce sujet qu'en continuant à opposer « aide » et « soin », on maintient des frontières structurelles et arbitraires.

Par ailleurs, les acteurs développent aujourd'hui des organisations complexes et coûteuses en coordination pour compenser ces cloisonnements des métiers de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

En expérimentant de nouvelles répartitions entre actes d'aide et actes de soins en fonction des besoins des personnes elles-mêmes, lors d'un accompagnement par un établissement ou service social ou médico-social, il sera alors possible d'identifier les « transférabilités de compétences », sociales et de soins en fonction des situations.

En 2019, un amendement similaire a été déposé mais rejeté par le gouvernement au motif que ce sujet devait être traité lors de la concertation Grand Âge Autonomie pilotée par Dominique Libault. Or, le rapport du 28 mars 2019 n'aborde pas expressément ce sujet ce qui justifie de déposer à nouveau cet amendement.

² Lien vers la contribution du CNCPH : https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/06/contributioncncphgeste_de_soins-vie_quotidiennevf.pdf

³ Lien vers l'étude Handéo : <http://www.handeo.fr/l-observatoire/les-aides-humaines-dans-le-quotidien-des-personnes-polyhandicapees-en-situation>

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Alignement de la durée de l'Allocation journalière sur la durée du congé du proche aidant

Article 45 – Indemnisation du congé proche aidant

II- 3° supprimer les alinéas 7 et 8 et les remplacer par la phrase suivante :

« Une allocation journalière est versée au bénéficiaire pour chaque jour du congé prévu à l'article L 3142-19 du code du travail. »

Exposé des motifs

Sur les 8,3 millions d'aidants familiaux en France, 4 millions sont actuellement en activité et une grande majorité de ces aidants rencontre d'importantes difficultés à concilier vie professionnelle et vie d'aidant. 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.

Cependant, le recours à ce congé reste marginal aujourd'hui du fait de l'absence d'indemnisation. Afin d'y remédier, l'article 45 prévoit d'indemniser, pour les salariés, pour les travailleurs indépendants, pour les agents publics, ce congé de proche aidant, en ouvrant pour les personnes le droit à une « allocation journalière du proche aidant » dont le nombre maximal serait de soixante-six jours.

Néanmoins, ce droit au congé de proche aidant ne pourra être effectif que si la durée de l'indemnisation est alignée sur la durée du congé. C'est pourquoi cet amendement propose de porter le nombre de jours indemnisés par l'« allocation journalière du proche aidant » au nombre de jours du « congé proche aidant » prévu à l'article L 3142-19 du code du travail, à savoir un an sur l'ensemble de la carrière.

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Suppression de la condition de non cumul de l'Allocation journalière du proche aidant avec l'AAEH ou l'AAH

Article 45 - Indemnisation du congé proche aidant

Suppression du 5° et du 6° de l'article L.168-10 du Code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

L'article 45 prévoit d'indemniser, pour les salariés, pour les travailleurs indépendants, pour les agents publics, le congé de proche aidant, en ouvrant pour les personnes le droit à une allocation journalière. Les 5° de l'article L.168-10 du Code de la sécurité sociale prévoient que ladite allocation journalière ne serait pas cumulable avec le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AAEH) perçus pour le même enfant, lorsque la personne accompagnée est un enfant dont il assume la charge au sens de l'article L. 512-1 du code de la sécurité sociale.

L'article L541-1 stipule qu'un complément d'allocation est accordé pour l'enfant atteint d'un handicap dont la nature ou la gravité exige des dépenses particulièrement coûteuses ou nécessite le recours fréquent à l'aide d'une tierce personne. Son montant varie suivant l'importance des dépenses supplémentaires engagées ou la permanence de l'aide nécessaire. Et l'article L541-4 stipule quant à lui que la majoration concerne toute personne isolée bénéficiaire de l'AAEH et de son complément.

Le complément peut donc être attribué pour un enfant dont le handicap exige le recours à une tierce personne rémunérée (pendant une durée au moins équivalente à huit heures par semaine pour le complément 2, à 20h pour le complément 3, à temps plein pour le complément 4) 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.

Par ailleurs, les bénéficiaires de l'AAH exerçant une activité professionnelle peuvent tout à fait être concernés par le congé de proche aidant, aussi il apparaît comme discriminatoire de les exclure de la possibilité d'une indemnisation au motif qu'ils sont titulaires de cette allocation.

Les 5° et 6° de l'article L.168-10 du Code de la sécurité sociale excluraient donc du bénéfice de l'allocation journalière du proche aidant des familles et des personnes directement concernées par le handicap et par ce congé.

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Suppression et renvoi à la concertation Petite Enfance

Article 49 – Améliorer l'information sur l'accès aux modes d'accueil des jeunes enfants

Est supprimé l'article 49.

Exposé des motifs

L'objectif d'améliorer l'information des familles sur l'accès aux modes d'accueil des jeunes enfants, est partagé par l'ensemble des acteurs du secteur de la petite enfance. Cependant, **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. À 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. À 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.

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Indexation sur l'inflation des prestations sociales

Article 52 – Revalorisation différenciée des prestations sociales

Sont supprimés le 1°, 2°, 3°, 4°, 5° et 6° du I de l'article 52.

Exposé sommaire

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 les années 2019 et 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, (le revenu de solidarité active et l'allocation de solidarité spécifique).

Cette revalorisation, qui correspond à un quasi-gel de nombreuses prestations sociales va entraîner une perte de pouvoir d'achat pour des publics déjà fragilisés.

Alors que le gouvernement annonce la mise en place d'une revalorisation exceptionnelle au 1/11/2019 portant l'AAH à 900 euros, il initie, dans le même temps, un mécanisme de maîtrise de la dépense publique qui se traduit à terme par une érosion progressive du pouvoir d'achat des personnes allocataires de l'AAH en limitant l'indexation prévue pour 2020 à 0,3% au lieu de celle prévue dans le cadre de l'inflation, estimée entre 1 et 1,5%.

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 permettre aux personnes d'accéder à un revenu décent.

La disposition concernant la revalorisation différenciée de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) pour 2020 doit être supprimée au profit d'une revalorisation légale tenant compte du taux d'inflation déterminé par les pouvoirs publics.

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).

L'exposé des motifs précise que les minima sociaux ne sont pas concernés par cette disposition et évolueront en fonction de l'inflation or ils ne sont pas cités dans les dérogations de l'article. Qui plus est, le PLF propose à l'article 67 relatif à l'augmentation maîtrisée des prestations sociales et de revaloriser, entre autres, l'AAH (pourtant minima social) au 1^{er} avril 2020 au taux de 0,3 %.

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.

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Garantir l'autonomie des bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé

Article 53 bis (nouveau)

I. L'article L.821-1 du Code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Au dernier alinéa, les mots : « est marié ou vit maritalement ou est lié par un pacte civil de solidarité et » sont supprimés.

II. L'article L. 821-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Au premier alinéa, supprimer les mots : « et, s'il y a lieu, de son conjoint, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité dans la limite d'un plafond fixé par décret, qui varie selon qu'il est marié, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité et a une ou plusieurs personnes à sa charge ».

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

Exposé des motifs

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une aide financière qui permet d'assurer un minimum de ressources aux personnes en situation de handicap afin qu'il et elle puisse gagner en autonomie. Cette aide est attribuée sous réserve de respecter des critères d'incapacité, d'âge, de résidence et de ressources. Or, dans le calcul des ressources, celles du ou de la partenaire (concubin.e, pacsé.e, marié.e) sont prises en compte. Ainsi, si les ressources du ou de la partenaire de la personne en situation de handicap atteignent 2 275 € nets par mois, elle ne peut bénéficier de l'AAH.

Ce mode de calcul des conditions de ressources renforce la dépendance financière du conjoint ou de la conjointe allocataire. Or, cette dépendance a été maintes fois dénoncée par les associations et les personnes concernées. Elle va, en effet, à l'encontre de tout objectif d'autonomie des personnes et contribue à une précarisation. Et ce, d'autant plus que le montant de l'AAH (900 € à partir de novembre 2019) est sous le seuil de pauvreté.

Le I. de cet amendement vise à supprimer la majoration du plafond de cumul de l'AAH avec la rémunération garantie lorsque le bénéficiaire « est marié ou vit maritalement ou est lié par un pacte civil de solidarité ».

Le II. de cet amendement vise à supprimer la prise en compte des revenus du conjoint dans le calcul de l'allocation aux adultes handicapés tant au niveau du cumul des ressources avec l'AAH que du plafond de ressources.

Cette nouvelle modalité de calcul des conditions de ressources cherche à permettre aux personnes en situation de handicap de gagner en autonomie et indépendance.

Le III. de cet amendement vise à compenser les pertes de recettes pour les organisations de sécurité sociale qu'induiraient ces nouvelles dispositions.

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Majoration du complément de libre choix du mode de garde (CMG)

Article additionnel

I. L'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Après le sixième alinéa du III. de cet article dans sa rédaction issue l'article 69 III de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 5° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie des prestations instituées aux articles L. 341-1, L. 821-1 et L. 821-2 du présent code ; ».

II. L'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Après le sixième alinéa de cet article dans sa rédaction issue l'article 69 III de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 5° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie des prestations instituées aux articles L. 341-1, L. 821-1 et L. 821-2 du présent code ; ».

Exposé sommaire

Le code de la sécurité sociale prévoit différents cas de majoration du complément de libre choix du mode de garde (CMG) et notamment lorsqu'un des parents bénéficie de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Toutefois, le fait que l'un des parents bénéficie d'une pension d'invalidité n'est pas un des cas prévus de majoration du CMG, alors que l'attribution d'une pension d'invalidité signe aussi la reconnaissance d'un handicap au sens de la loi du 2005-102.

Cet amendement vise à combler cette lacune pour rendre équitable le principe de majoration du CMG pour ces deux types de situations familiales, aujourd'hui traitées différemment alors qu'elles présentent des difficultés similaires du point de vue du handicap.

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Permettre le versement des indemnités journalières pendant des arrêts de travail en cas d'activité non professionnelle ne donnant pas lieu à des revenus d'activité ou rémunération

Après l'article 55 (nouveau)

À l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale :

- le 4° est remplacé par la phrase « 4°. *De s'abstenir de toute activité professionnelle donnant lieu à des revenus d'activité ou rémunération* »
- le dernier alinéa de l'article L323-6 est remplacé par la phrase « *En cas de non-respect du 4°, il peut être prononcé une sanction financière prévue à l'article L.114-17.* »

Le 3° de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par :

« 3° *De s'abstenir de toute activité professionnelle donnant lieu à des revenus d'activité ou rémunération* »

Exposé des motifs

La notion d'activité autorisée ou non autorisée lors des arrêts de travail n'est pas juridiquement définie, il peut donc s'agir d'activités de loisirs, sportives, politiques ou sociales voire familiales.

Dans un arrêt du 15 juin 2017, sur la base des dispositions prévues à l'article L323-6 du Code de la Sécurité sociale, la Cour de cassation a précisé qu'un salarié bénéficiant d'un arrêt de travail pour une maladie ou un accident ne peut exercer aucune activité qui ne soit pas expressément autorisée par le médecin traitant. En l'espèce, la Cour a validé l'obligation faite à un salarié de restituer les indemnités journalières perçues pour un arrêt de travail car celui-ci s'était rendu à quelques réunions de conseil municipal et d'associations pendant la période d'arrêt, au sein des horaires de sorties autorisées.

Or, dans les faits, de nombreux médecins encouragent, des personnes à avoir des activités pendant leur arrêt de travail, notamment quand il s'agit d'arrêts liés à une affection psychique ou mentale, ou à une maladie chronique, pour lesquelles une activité en dehors de l'activité professionnelle peut s'avérer bénéfique à l'amélioration de l'état de santé et susceptible d'accélérer la reprise d'activité professionnelle.

C'est pourquoi, cet amendement vise à préciser la notion d'activité en cas d'indemnité journalière et faciliter le maintien d'activité en dehors de l'activité professionnelle, telle que par exemple la représentation des usagers du système de santé.

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Article additionnel

L'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A la suite du quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ainsi, en cas de pluralité d'établissements, services ou professionnels intervenant auprès d'un même assuré, seul l'auteur de l'acte à l'origine de l'indu fera l'objet de l'action en recouvrement. »

Exposé sommaire

La CPAM considère que les actes réalisés par les IDEL sont financés automatiquement dans le cadre de la dotation globale versée au SSIAD, prévue aux articles L.174-10 et D.174-9 du Code de la Sécurité sociale.

Or, bon nombre de ces infirmiers libéraux ont signé des conventions avec les SSIAD, conventions aux termes desquelles ils s'engagent à ne pas facturer les actes de soins infirmiers à la CPAM et à informer l'infirmier coordonnateur de toute intervention auprès d'un patient bénéficiaire du SSIAD.

Pour autant, il arrive que les IDEL (conventionnés ou non) envoient leurs factures à la CPAM et non au SSIAD ce qui génère une double facturation. Ce surplus payé par l'Assurance Maladie fait naître un « indu » (mentionné à l'article L133-4 du Code de la sécurité sociale) réclamé au SSIAD, que celui-ci doit reverser à l'Assurance Maladie. Ce mécanisme est délétère pour les SSIAD qui n'ont pas de visibilité sur les indus qui vont leur être demandés sur des périodes courant sur plusieurs exercices avec pour conséquence des écarts de trésorerie importants, un temps de gestion préjudiciable et inutile pour les gestionnaires de SSIAD.

Il est donc légitime de prévoir que la CPAM doit réclamer la répétition de cet indu à l'encontre de ces mêmes infirmiers libéraux à l'origine de l'indu et non à l'encontre du SSIAD.

Il s'agit donc de proposer un amendement visant à mettre en place un dispositif rendant automatique la facturation des IDEL aux SSIAD lorsqu'ils réalisent des actes auprès des patients du service sous peine de pénalités

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Allocation de rentrée scolaire

Article additionnel

1° Au premier alinéa de l'article L543-1 du Code de la sécurité sociale, les mots « qui, ayant atteint un âge déterminé, est inscrit dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé » sont remplacés par « pour chaque enfant inscrit en exécution de l'obligation scolaire dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé ».

2° Les dépenses induites par le présent article sont compensées par une augmentation à due concurrence du taux de prélèvement défini à l'article L137-19 du Code de la Sécurité sociale.

Exposé des motifs

Cet amendement vise à rétablir la logique de versement de l'Allocation de rentrée scolaire (ARS) dès le début de la scolarité obligatoire sous condition de ressources.

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 introduite en 2019 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.

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Prévoir l'automatisme de l'examen des droits à l'allocation supplémentaire d'invalidité

Article 55 bis (nouveau)

A l'article L815-27 du Code de la Sécurité sociale, l'alinéa 1 est modifié comme suit :

« L'organisme qui sert, à l'assuré, l'avantage visé à l'article L815-7 étudie le droit à l'allocation supplémentaire d'invalidité et l'informe de la possibilité d'en bénéficier. L'allocation est ensuite liquidée et servie sur demande expresse de l'intéressé. »

Exposé des motifs

Beaucoup trop d'assurés ne font pas valoir leur droit à l'ASI par méconnaissance du dispositif. Cet amendement vise à faire porter aux organismes de Sécurité sociale une obligation d'étude systématique du droit à cette allocation et d'information aux assurés concernés.

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Extension de la taxe sur les prémix aux mélanges alcoolisés sucrés à base de vin

Article additionnel

Le b) de l'article L 1613 bis du code général des impôts est ainsi modifié :

« b) Un ou plusieurs produits alcooliques, qui ne bénéficient pas d'indications géographiques protégées ou d'attestations de spécificité au sens de la réglementation communautaire, et qui contiennent plus de 35 grammes de sucre ou une édulcoration équivalente par litre exprimée en sucre inverti, font l'objet d'une taxe perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, dès lors que la boisson obtenue présente un titre alcoométrique acquis de plus de 1,2 % vol. et inférieur à 12 % vol. »

Exposé sommaire

Une première taxe « Prémix » a été introduite par la loi de financement de la Sécurité sociale de 1997 et visait à décourager l'entrée précoce dans la consommation d'alcool des jeunes par le moyen de boissons très sucrées masquant le goût de l'alcool. Doublée en 2004 par la loi relative à la santé publique, elle est étendue à l'ensemble des « Ready to drink ». La taxe est désormais de 11 euros par décilitre d'alcool pur.

Selon l'OFDT, cette taxe a eu pour effet quasi immédiat d'effondrer le marché français des prémix : moins de 10 000 litres en ont été vendus en 1997 contre 950 000 litres en 1996 alors que ce marché était en plein essor. Selon une étude commandée par l'OFDT⁴, la nouvelle hausse intervenue en 2004 a conduit à une chute de 40 % des ventes de prémix en 2005. Les ventes des trois marques leader du marché, Boomerang, Smirnoff Ice et Eristoff Ice ont reculé respectivement de 26,4 %, 34,6 % et 44,9 %, chute qui s'est poursuivie en 2006 (- 38 %, - 23,1 % et - 78,4 %).

Face à cet effondrement, les industriels de l'alcool ont exploité une faille de la loi de 2004, qui excluait les vins aromatisés du champ d'application de la taxe. C'est ainsi que l'on a vu apparaître des vins ou cidres aromatisés, ciblant clairement les jeunes via leur packaging ou leur appellation (Rosé sucette), et bénéficiant d'une politique de prix bas à laquelle les jeunes sont particulièrement sensibles. Selon le propriétaire de la marque Rosé sucette, « ces bouteilles, à moins de 3 euros sur linéaire, seront un tremplin permettant aux néophytes d'accéder aux vins plus classiques. Notamment pour un public plutôt jeune et féminin. »⁵

Le présent amendement vise dès lors à étendre aux boissons aromatisées à base de vin (vinipops) l'encadrement de ces produits d'appel visant particulièrement les jeunes.

⁴ http://intd.cnam.fr/medias/fichier/premixsynthese_documentaire_1215683286731.pdf

⁵ <http://www.sudouest.fr/2013/06/18/avec-la-gamme-sucette-le-boom-des-vins-aromatises-1088495-2780.php>, 18/06/2013.

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Instauration d'une taxe sur les bières titrant à plus de 5,5 % d'alcool

Article additionnel

Un article au code général des impôts est ainsi ajouté :

« Les bières titrant à plus de 5,5 % d'alcool font l'objet d'une taxe spécifique perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, et dont le montant est déterminé par décret ».

Exposé sommaire

L'offre se développe considérablement s'agissant du marché des bières fortes, dites spéciales, titrant généralement à 8,5 % et parfois jusque 10 voire 12 %, soit autant que des vins.

Ces bières ont un succès conséquent, notamment chez les jeunes et les populations en situation de précarité, et sont bien souvent consommées sur l'espace public. Elles contiennent une quantité importante d'alcool, en particulier dans les contenants de 50 cl. Ainsi, une cannette de 50 cl d'une bière titrant 8,5 % ou plus représente 3 à 4 unités d'alcool (sachant que, pour limiter les risques pour sa santé, il est recommandé de ne pas consommer plus de 2 verres d'alcool par jour avec au moins deux jours sans consommation dans la semaine).

Outre la quantité d'alcool, le conditionnement, en particulier la canette en métal – très prisée –, pose problème dans la mesure où elle ne peut être refermée. Cela incite à terminer chaque canette entamée avant de se rendre dans un lieu où l'usage d'alcool est interdit ou impossible (milieu scolaire ou milieu professionnel, lieu d'accueil, administration, enceintes sportives) ou de commencer une activité. Il en résulte une alcoolisation importante et rapide, avec un pic d'alcoolémie atteint au bout de 30 minutes, qui augmente le risque d'effets dommageables pour la personne (accident de la route, violence, risques socioprofessionnels, comportements à risque, etc.).

L'objet du présent amendement est de limiter la consommation de ces produits par une taxe spécifique. Les jeunes ayant globalement un plus faible pouvoir d'achat que la population générale, ils sont très sensibles à l'effet-prix, comme vient de le démontrer l'Ecosse avec l'instauration d'un prix minimum. Il s'agit ainsi de limiter le caractère incitatif à l'achat et donc à l'alcoolisation excessive, dans un objectif de prévention des risques et de réduction des dommages.

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Instauration d'une taxe sur la publicité pour les boissons alcooliques

Article additionnel

Ajouter à l'article L3323-4 du code de la santé publique les alinéas suivants :

« Les messages publicitaires en faveur de boissons alcooliques sont soumis au versement d'une contribution dont le produit est affecté au fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives. Cette contribution est destinée à financer la réalisation et la diffusion d'actions d'information, de prévention et d'éducation aux risques liés à la consommation d'alcool, notamment dans les médias concernés ainsi qu'au travers d'actions locales.

Cette contribution est assise sur le montant annuel des sommes destinées à l'émission et à la diffusion de ces messages, hors remise, rabais, ristourne et taxe sur la valeur ajoutée, payées par les annonceurs. Le montant de cette contribution est égal à 5 % du montant de ces sommes.

La base d'imposition des promoteurs qui effectuent tout ou partie des opérations de réalisation et de distribution avec leurs propres moyens d'exploitation est constituée par le prix de revient hors taxe sur la valeur ajoutée de toutes les dépenses ayant concouru à la réalisation desdites opérations. Le taux de la contribution est fixé à 5 % du montant hors taxe sur la valeur ajoutée de ces dépenses.

Le fait générateur est constitué par la diffusion des messages publicitaires ou la mise à disposition des documents visés au premier alinéa. La contribution est exigible au moment du paiement par l'annonceur aux régies ou au moment de la première mise à disposition des documents visés. La contribution est déclarée, liquidée, recouvrée et contrôlée selon les procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à cette même taxe. Il est opéré un prélèvement de 5 % effectué par l'État sur le montant de cette contribution pour frais d'assiette et de recouvrement.

Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de consultation des annonceurs sur les actions du fonds de lutte contre les dommages causés par la consommation excessive d'alcool, sont déterminées par décret en Conseil d'État pris après avis de Santé publique France et après consultation du Bureau de vérification de la publicité. »

Exposé sommaire

Chaque année, l'alcool est responsable de 41 000 morts dont 15 000 par cancer. Il constitue ainsi la deuxième cause de mortalité évitable. Le budget publicitaire annuel des alcooliers est estimé à 500 millions d'euros. Dans le même temps, les efforts de prévention coûtent 283 millions d'euros, dont une partie infime dédiée à la prévention des dommages liés à la consommation d'alcool.

Le présent amendement vise à soumettre les alcooliers à une taxe sur la publicité pour les boissons alcooliques. Le produit de la taxe, soit 25 millions d'euros, est affecté au « fonds national de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives » créé par le présent PLFSS et contribuera notamment à la réalisation et à la diffusion d'actions d'information et d'éducation sur l'impact de la consommation d'alcool sur la santé humaine. Constituant une source de recettes fiables, cette taxe permettra ainsi de concrétiser l'engagement à faire de la prévention une priorité de la politique de santé.

Cette contribution, dont la nature et les modalités restent à définir en loi de financement de la sécurité sociale, se cumulera avec les campagnes d'information à caractère sanitaire menées dans le cadre de la lutte contre les consommations nocives d'alcool.

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020

Pondération du mécanisme de modulation financière des établissements et services médico-sociaux sous CPOM

Article additionnel

a) L'article L. 313-12, IV TER, (B) du Code de l'action sociale et des familles est modifié comme suit :
Au deuxième alinéa, avant la dernière phrase, ajouter « L'activité de l'établissement ne peut en aucun cas être appréciée exclusivement au regard du taux d'occupation lorsque la structure fonctionne en accueil temporaire. »

b) L'avant dernière phrase du premier alinéa L'article L. 313-12-2 du Code de l'action sociale et des familles est ainsi complétée :
Après les mots Conseil d'État sont insérés, « l'activité de l'établissement ou du service ne pouvant en aucun cas être appréciée exclusivement au regard du taux d'occupation. »

Exposé des motifs

La législation en vigueur offre la possibilité aux autorités de contrôle et de tarification de prévoir dans les CPOM une modulation des financements des structures parties au contrat en fonction d'objectifs d'activité contractualisés.

Cette activité contractualisée s'apprécie en fonction des catégories d'établissements et services, au regard de la nature de leurs missions et de leurs modes de fonctionnement, par des indicateurs inscrits dans le contrat.

Elle est, sauf clause contraire justifiée par la spécificité des missions ou des modes de fonctionnement, évaluée au moyen d'un ou plusieurs des indicateurs suivants :

« 1° Le taux d'occupation, calculé en divisant le nombre de journées réalisées dans l'année par l'établissement ou le service par le nombre de journées théoriques correspondant à la capacité autorisée et financée multiplié par le nombre de journées d'ouverture de l'établissement ou du service ; (1)

« 2° Le nombre de personnes accompagnées au cours de l'année civile ; (2)

« 3° Le nombre de prestations réalisées au cours de l'année civile. (3)

Si la réglementation en vigueur offre la possibilité aux financeurs d'apprécier cette activité aux moyens de plusieurs indicateurs, nous constatons sur le terrain que l'indicateur préférentiel utilisé reste le taux d'occupation (1) sans considération des spécificités des structures (ex : l'activité d'un accueil de jour ne peut être évaluée pleinement sur la base du taux d'occupation (1) mais doit également tenir compte du nombre de personnes accueillies et accompagnées (2). Nombreuses sont désormais les structures qui doivent assumer une modulation de leurs financements suite à une mauvaise appréciation de leur activité. Or, dans un contexte de transformation de l'offre, l'accueil séquentiel et modulaire se renforce, et la comptabilisation de l'activité, telle qu'elle est réalisée à ce jour, peut être un frein à ces types d'accompagnements.

Il est donc proposé, à travers cette modification législative de contenir cette dérive en précisant que l'activité ne peut être apprécié au regard du seul indicateur de taux d'occupation qui ne rend plus compte finement de la réalité de l'organisation de l'offre médico-sociale.

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 •