



**Propositions d'amendements de  
l'Union Nationale des Centres Communaux et  
intercommunaux d'Action Sociale (UNCCAS)  
dans le cadre de l'examen du projet de loi portant réforme de  
l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires  
au Sénat**



## Sommaire

### **Accès à tous à des soins de qualité (titre II) .....p. 3**

- Fixation du seuil d'accès à la CMU de base et complémentaire gratuite au niveau du seuil de pauvreté
- Ouverture du dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire aux bénéficiaires du revenu de solidarité active
- Généralisation du mécanisme de la dispense d'avance de frais aux personnes bénéficiant de la couverture maladie universelle de base et complémentaire gratuite (remboursement des médicaments ; honoraires des médecins généralistes et spécialistes ; honoraires des chirurgiens dentistes)

### **Organisation territoriale du système de santé**

(titre IV ; article 26 du projet de loi).....p. 6

- Place des CCAS/CIAS au sein des commissions de coordination et au conseil de surveillance des Agences régionales de santé
- Place des CCAS/CIAS au sein du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé

### **Etablissements et services sociaux et médico-sociaux**

(chapitre III, article 26 et 28).....p. 9

- Consultation de la conférence régionale de santé sur les schémas régionaux d'organisation médico-sociale
- Intégration des représentants des gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux dans la procédure de l'appel à projets



## Sur le titre II « Accès à tous à des soins de qualité »

L'UNCCAS regrette que le projet de loi n'aborde pas réellement la question de l'accès aux soins pour tous, notamment au travers du dispositif de la couverture maladie universelle, de base et complémentaire.

Sur la couverture de base, l'UNCCAS demande que le plafond pour l'accès à la CMU soit relevé au niveau du seuil de pauvreté dans la mesure où les dépenses de santé apparaissent clairement comme le premier poste de dépenses « sacrifié » par les personnes connaissant des difficultés financières, situation renforcée dans le contexte actuel de crise économique.

Ce renoncement est d'autant plus prégnant concernant la couverture complémentaire à laquelle nombre de personnes ou foyers ne peuvent prétendre aujourd'hui. De fait, les CCAS/CIAS sont de plus en plus sollicités pour apporter des aides au paiement des frais de mutuelles, avec un élargissement du spectre des demandeurs, étendu aujourd'hui aux travailleurs pauvres et aux retraités.

Les perspectives d'une mobilisation des mutuelles pour contribuer au financement de la perte d'autonomie nécessite plus que jamais la mise en place de mesures permettant aux plus modestes d'accéder à une couverture complémentaire.

Dans ce cadre, différentes mesures peuvent être envisagées :

- le relèvement, dans un souci de cohésion sociale et de santé publique, du seuil d'accès à la couverture maladie universelle de base (731 € aujourd'hui pour une personne seule) et complémentaire gratuite (621 € pour une personne seule) au niveau du seuil de pauvreté (880 € par mois pour une personne seule). Cette mesure permettrait ainsi d'inclure dans le bénéfice de la CMU de base et complémentaire les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées ;
- la réévaluation du dispositif de l'aide à l'accès d'une couverture complémentaire (limité aujourd'hui dans son volume – 400 000 bénéficiaires face à une cible de 2,2 millions de personnes – et dans ses effets – le reste à charge de 50 % du contrat dissuade les bénéficiaires d'y recourir car en moyenne cela représente une cotisation de 30 € par mois pour des personnes qui en gagnent 700) en l'alignant sur le dispositif du RSA, dans un souci de cohérence des réformes engagées et d'accompagnement global des personnes. L'aide pourrait diminuer de manière progressive jusqu'au point de sortie du RSA ;
- la mise en place de mécanismes d'incitation à la souscription d'une couverture complémentaire auprès des mutuelles via les techniques du crédit d'impôt.

En outre, la généralisation du système du tiers-payant, en dispensant les personnes de l'avance de frais, permettrait d'éviter de nombreux renoncements aux



soins, notamment dans le secteur des soins dentaires. L'UNCCAS propose d'étendre le bénéfice du tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de la CMU, de base et complémentaire (aujourd'hui, seuls les bénéficiaires de la CMU complémentaire y sont éligibles).

### **Propositions d'amendements :**

- Fixation du seuil d'accès à la CMU de base et complémentaire gratuite au niveau du seuil de pauvreté : propositions I et II
- Ouverture du dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire aux bénéficiaires du revenu de solidarité active : proposition III
- Généralisation du mécanisme de la dispense d'avance de frais aux personnes bénéficiant de la couverture maladie universelle de base et complémentaire gratuite : propositions IV (remboursement des médicaments), V (honoraires des médecins généralistes et spécialistes) et VI (honoraires des chirurgiens dentistes)

Après l'article 21 nonies du projet de loi, il est inséré un article 21 decies rédigé comme suit :

*« I. –« Le premier alinéa de l'article L.380-2 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit : Les personnes affiliées au régime général dans les conditions fixées à l'article L. 380-1 sont redevables d'une cotisation lorsque leurs ressources dépassent un plafond fixé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix. **Ce plafond ne peut être inférieur seuil de pauvreté fixé par l'INSEE.** »*

*II. - « Le premier alinéa de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :*

*Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures **au seuil de pauvreté fixé par l'INSEE**, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. »*

*III. - L'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :*

*« Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la contribution due en application de l'article L.862-4 les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels souscrits auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance par les personnes résidant en France dans les conditions fixées à l'article L. 861-1 dont les ressources, appréciées dans les conditions prévues à **l'article L. 861-2, sont comprises entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 et le plafond du revenu d'activité pour l'attribution du revenu de solidarité défini à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles.** Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1. Le montant du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer, au sens de l'article L. 861-1, couvertes par le ou les contrats. »*



IV – Le 3<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.162-16-7 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

« La dispense d'avance de frais totale ou partielle mentionnée au 4° de l'article L. 162-16-1 consentie aux assurés ainsi qu'aux bénéficiaires de la **couverture maladie universelle de base et complémentaire prévue aux articles L.380-2 et L. 861-1**, lors de la facturation à l'assurance maladie de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, est subordonnée à l'acceptation par ces derniers de la délivrance d'un médicament générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps. Cette disposition ne s'applique pas non plus dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes particuliers au patient, y compris les cas prévus à l'article L. 5125-23 du code de la santé publique. »

V - L'article L.162-5 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

« La ou les conventions nationales peuvent faire l'objet de clauses locales particulières, sous forme d'accords complémentaires entre les caisses primaires d'assurance maladie et les organisations syndicales de médecins les plus représentatives de leur ressort. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions et modalités d'approbation de ces accords.

La ou les conventions déterminent notamment :

[...]

2° bis Le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins, **en particulier pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle** ; »

VI – L'article L.162-9 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces professions.

Ces conventions déterminent :

[...]

4°) Pour les chirurgiens-dentistes, le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires, **en particulier pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle** ;



## **Sur le titre IV « Organisation territoriale du système de santé »**

### **Article 26 du projet de loi**

#### **Chapitre 1<sup>er</sup> : « Création des Agences régionales de santé »**

L'UNCCAS accueille avec satisfaction la réunion, au sein des ARS, du secteur sanitaire et du secteur médico-social dont la nécessaire complémentarité est ressentie au quotidien par les CCAS. Ces agences permettraient de remédier au cloisonnement des secteurs sanitaires et sociaux et de mettre en place une réelle articulation et coordination des différents acteurs dans une logique accrue de territorialisation des politiques.

Notre Union affirme néanmoins que ce rapprochement ne pourra réussir que s'il garantit une réelle prise en compte égale de l'ensemble des secteurs.

Or, en l'absence de garantie au sein du projet de loi sur la non fongibilité des enveloppes sanitaires et médico-sociales, l'UNCCAS craint que les spécificités du champ médico-social, notamment en matière d'accompagnement social et de prise en compte des besoins des personnes, ne disparaissent au profit d'une logique purement sanitaire.

Elle demande donc qu'une disposition soit introduite dans le projet de loi pour garantir que les dotations du secteur social et médico-social ne seront pas affectées à des dépenses de santé (création d'un article additionnel à l'article 26 du projet de loi). A l'occasion d'une réunion au secrétariat d'Etat, Valérie Létard s'était d'ailleurs engagée auprès des fédérations de gestionnaires à ce qu'un amendement gouvernemental apporte cette garantie.

Ce risque est notamment perçu dans la mesure où le champ social et médico-social est relativement peu présent dans les articles relatifs aux missions des ARS où, dans un certain nombre d'instances - conseil de surveillance et commission de coordination, les représentants des gestionnaires du champ social et médico-social ne sont pas intégrés ou pas suffisamment de manière explicite.

De même, il est important que dans les différentes dispositions du projet de loi, le secteur médico-social soit mentionné dans l'ensemble de ces composantes, à l'image des collègues représentés au sein du Comité national de l'Organisation Sanitaire et Sociale : personnes âgées, personnes handicapées et personnes en situation précaire.



## **Propositions d'amendements à l'article 26 relatives aux commissions de coordination et au conseil de surveillance des Agences régionales de santé**

### **Exposé des motifs :**

La section 1 du chapitre II du titre III, créé par l'article 26 du projet de loi, détermine l'organisation des agences régionales de santé (ARS). Elle prévoit, au 2° de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, la création de commissions de coordination des politiques auxquelles il est prévu d'associer, outre les services de l'Etat et les organismes de sécurité sociale compétents, les collectivités territoriales.

De même, elle prévoit, dans sa sous-section 2, la création d'un conseil de surveillance qui serait composé, outre de représentants de l'Etat, de membres des organismes d'assurance maladie, de personnalités qualifiées et de représentants des usagers ainsi que des représentants des collectivités territoriales.

L'UNCCAS rappelle que les centres communaux et intercommunaux d'action sociale sont des établissements publics administratifs qui n'entrent pas dans la catégorie des collectivités territoriales (conformément à l'article L.123-6 du code de l'action sociale et des familles).

Les CCAS et CIAS se trouvent au plus près des besoins exprimés par les populations, qu'il s'agisse des problématiques de santé ou de l'accès à des services sociaux et médico-sociaux. L'UNCCAS rappelle en outre que les CCAS/CIAS sont, à l'inverse des communes, seuls habilités à gérer des établissements et services sociaux et médico-sociaux au titre de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Les CCAS/CIAS seront enfin des interlocuteurs privilégiés des ARS parce qu'ils disposent, par le biais de l'analyse des besoins sociaux qu'ils réalisent chaque année, d'une connaissance suffisamment fine des besoins des populations pour permettre aux ARS de renforcer le pilotage des politiques de santé.

Les CCAS-CIAS s'investissent fortement dans les secteurs sanitaire, social et médico-social à travers leur politique d'action sociale extra-légale et sont concernés à plusieurs titres par la mise en place des ARS :

- Dans le cadre de la gestion de nombreux équipements ou services (EHPAD, services de soins infirmiers à domicile, unités spécifiques Alzheimer...)
- Au titre de leurs actions en matière de santé pour faciliter l'accès à la santé et aux soins des personnes en difficultés ou en situation d'exclusion sociale (actions de prévention et participation à des réseaux de coordination locale... Voir annexe) ;
- En tant que partenaires des acteurs directement ciblés par la réforme (les DDASS, les conseils généraux, les CRAM, les MDPH...).

L'UNCCAS souhaite donc que ces établissements publics administratifs soient reconnus dans les commissions de coordination des politiques des ARS ainsi qu'au sein de son conseil de surveillance afin de favoriser l'ancrage territorial des politiques de santé dont le renforcement est recherché par ces agences.



## **Propositions d'amendements**

*I – « Art. L. 1432-1. – L'agence régionale de santé est un établissement public de l'État. Elle est dotée d'un conseil de surveillance et dirigée par un directeur général.*

*Elle s'appuie sur :*

*1° Une conférence régionale de santé, chargée de participer par ses avis à la définition de la politique régionale de santé ;*

*2° Deux commissions de coordination des politiques associant les services de l'État, les collectivités territoriales, **les centres communaux et intercommunaux d'action sociale** et les organismes de sécurité sociale compétents pour assurer la cohérence et la complémentarité de leurs actions, d'une part dans le secteur de la prévention et, d'autre part, dans celui des prises en charge et accompagnement médico-sociaux. Les modalités de constitution et de fonctionnement de ces deux commissions sont fixées par décret.*

*II - « Art. L. 1432-3.1 – Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé est composé de :*

*1° De représentants de l'État ;*

*« 2° De membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Pour les organismes relevant du régime général, ces membres sont désignés par des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives au niveau national et interprofessionnel au sens de l'article L. 2122-9 du code du travail ;*

*« 3° De représentants des collectivités territoriales **et des centres communaux et intercommunaux d'action sociale** ;*

*« 4° De représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi que d'au moins une personnalité, choisis à raison de leur qualification dans les domaines de compétence de l'agence.*

*« Des membres du conseil peuvent disposer de plusieurs voix.*

### **Création d'un article additionnel à l'article 26 Article 26 quinquies (nouveau)**

*« Après l'article 26, il est inséré un article 26 quinquies ainsi rédigé :*

*« Les dotations régionales limitatives de crédits visées aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles ne peuvent être utilisées par le directeur de l'agence régionale de santé que pour financer des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil visés à l'article L. 312-1 du même code. En cas de reconversion de capacités hospitalières en capacités sociales et médico-sociales, les dotations susvisées sont abondées des crédits nécessaires au financement de ces reconversions et au financement des dépenses de fonctionnement des établissements et services dont ils sont issus par prélèvement sur l'objectif de dépenses hospitalières qui finançait les capacités hospitalières avant leur reconversion».*



### **Chapitre III « Etablissements et services sociaux et médico-sociaux »**

Deux dispositions de ce chapitre appellent plus particulièrement des observations de la part de l'UNCCAS :

- la suppression des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale
- l'instauration d'une procédure d'appel à projets pour les créations d'établissements et de services

L'UNCCAS n'est pas favorable à la suppression des CROSMS, pas plus qu'à la mise en place d'un système d'appels à projets en substitution de l'actuelle procédure d'autorisation.

Néanmoins, elle prend acte de l'adoption de ces deux modifications dans le texte issu de l'Assemblée Nationale.

L'UNCCAS rappelle que le CROSMS est une instance transversale à l'ensemble du champ social et médico-social et qu'elle en est le pilier en matière de concertation. Ses missions excèdent la procédure de consultation sur les projets de création ou d'extension des établissements et services médico-sociaux puisqu'il est chargé de l'évaluation des besoins sociaux et médico-sociaux à l'échelle régionale et qu'il émet un avis sur les schémas départementaux de l'organisation sociale et médico-sociale.

Quand bien même le CROSMS ne serait pas maintenu, la consultation et la concertation avec les personnes morales gestionnaires d'établissements et de services médico-sociaux doit être préservée. L'UNCCAS sera donc vigilante à ce que, dans le cadre de l'élaboration du décret d'application de l'article L.1432- 4 nouveau du code de la santé publique, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie assure pleinement ce rôle. Elle souhaite par ailleurs que cette conférence soit consultée sur l'élaboration des schémas régionaux d'organisation médico-sociale.

L'UNCCAS émet par ailleurs de fortes réserves sur le recours systématique à la technique des appels à projets prévu pour la création des établissements et services médico-sociaux. Cette évolution nous semble contraire à l'histoire du secteur médico-social qui s'est construit à partir de projets innovants, proposés par des gestionnaires (publics ou associatifs) proches des besoins des usagers.

La généralisation des appels à projets nous fait craindre un renforcement des logiques descendantes, construites à partir de cahiers des charges définis par l'administration avec prédominance de critères de coût (coûts standards définis au plan national) aboutissant à terme à une uniformisation de la réponse dans un secteur où précisément l'adaptation aux besoins et aux réalités territoriales doit rester déterminante.

Une telle procédure constituerait un coup d'arrêt aux innovations et expérimentations, dommageable au final aux usagers.

En outre, sur le plan du principe même, le projet de loi manque de lisibilité sur l'apport qualitatif des appels à projets au regard du système actuel de l'autorisation.

Si la technique des appels à projets devait être maintenue dans la loi, cela ne pourrait se concevoir que dans le cadre d'une association des représentants des gestionnaires



de services et établissements sociaux et médico-sociaux à l'élaboration des cahiers des charges qui serviront de base à ces appels à projets afin de laisser une place nécessaire et suffisante aux innovations et de les adapter aux réalités et besoins locaux.

Ces représentants doivent également être présents dans la commission chargée de l'examen des projets, comme ils le sont aujourd'hui au sein des CROSMS. En cas de présentation d'un projet porté par un gestionnaire représenté au sein de la commission, le représentant devra s'abstenir de participer aux débats et au vote sur le projet concerné.

### **Propositions d'amendements à l'article 26**

#### **Consultation de la conférence régionale de santé sur les schémas régionaux d'organisation médico-sociale :**

« Art. L. 1434-10. - Le schéma régional d'organisation médico-sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles, afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie.

« Ce schéma veille à l'articulation, au niveau régional, de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'agence régionale de santé et des schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie prévus au 4° de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles, élaborés par les conseils généraux.

« Le schéma d'organisation médico-sociale et le programme prévu à l'article L. 312-5-1 du même code qui l'accompagne sont élaborés et arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après consultation **de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie prévue à l'article L.1432- 4 du présent code** et de la commission de coordination compétente prévue à l'article L. 1432-1 du présent code et avis des présidents des conseils généraux compétents.

### **Propositions d'amendements à l'article 28**

#### **Intégration des représentants des gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux dans la procédure de l'appel à projets**

« Le 6° de l'article 28 du projet de loi est modifié comme suit :

6° Il est rétabli un article L. 313-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-1-1. - Les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 ainsi que des projets de lieux de vie et d'accueil sont autorisés par les autorités compétentes en vertu de l'article L. 313-3.



« Lorsque les projets font appel partiellement ou intégralement à des financements publics, ces autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social qui associe des représentants des usagers **et des personnes morales gestionnaires des établissements et services mentionnés à l'article L.312-1**. L'avis de cette dernière n'est toutefois pas requis en cas d'extension inférieure à un seuil. Une partie des appels à projets doit être réservée à la présentation de projets expérimentaux ou innovants répondant à un cahier des charges allégé.

« Si des établissements ou services créés sans recours à des financements publics présentent des projets de transformation ou d'extension faisant appel à de tels financements, la procédure prévue à l'alinéa précédent s'applique.

« Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, à l'exception du seuil mentionné au deuxième alinéa, qui l'est par décret.

« Le décret en Conseil d'État susvisé définit notamment les règles de publicité, les modalités de l'appel à projet, le contenu **et les modalités d'élaboration** de son cahier des charges, **notamment la façon dont les représentants des gestionnaires y seront associés**, ainsi que les modalités d'examen et de sélection des projets présentés, afin de garantir une mise en concurrence sincère, loyale et équitable. » ;

