



## **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009**

**Observations et propositions de l'Uniopss**

## Sommaire

	<b>Page</b>
<b>Proposition d’alinéa additionnel à l’article 39 :</b> Financement des établissements de santé et convergence tarifaire Nécessité de prendre en compte les écarts de coûts résultant d’obligations légales et réglementaires différentes entre les catégories d’établissements	<b>2</b>
<b>Article 41 :</b> Création d’une agence nationale d’appui de la performance	<b>4</b>
<b>Article 43 :</b> EHPAD : Contrôle des remboursements	<b>6</b>
<b>Article 44 :</b> Tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS)	<b>7</b>
<b>Article 45 :</b> Réintégration des dépenses de médicaments dans les dotations soins des EHPAD	<b>10</b>
<b>Article 72- I :</b> Relèvement de l’agrément de l’assistante maternelle	<b>11</b>
<b>Article 72- II :</b> Regroupement des assistantes maternelles	<b>12</b>

## Proposition d'alinéa additionnel à l'article 39

### Financement des établissements de santé et convergence tarifaire

#### Nécessité de prendre en compte les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes entre les catégories d'établissements

##### Proposition d'amendement présentée conjointement avec la FEHAP

- **Exposé des motifs**

La législation et la réglementation font peser sur les gestionnaires d'établissements de santé des charges variables selon leur nature juridique (*établissements publics de santé, établissements privés à but non lucratif, établissements privés à but lucratif*). Il en va ainsi pour les charges sociales et fiscales, éléments sur lesquels les gestionnaires n'ont pas prises. Or, les règles d'allocation de ressources ne tiennent pas compte de ces différences.

La présente proposition d'amendement vise à intégrer explicitement dans la conduite de la convergence tarifaire<sup>(1)</sup> les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes.

Il est proposé, en conséquence, qu'un coefficient correcteur soit instauré afin de tenir compte de ce différentiel qui résulte, au même titre que le coefficient géographique déjà prévu par la loi, « de contraintes spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente, et substantielle le prix de revient de certaines prestations ».

- **Proposition d'amendement n°1**

Il est inséré à l'article 39, un XI, ainsi rédigé :

« XI. – Le VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2004 est ainsi complété :

**Après les termes** « pour les années 2005 à 2012, outre les éléments prévus au II de l'article L 162- 22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b, et c de l'article L162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2012. », **il est ajouté la phrase suivante** :

---

<sup>1</sup> Convergence tarifaire dont l'article 33 alinéa VII de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2004 prévoit l'achèvement en 2012.

## **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009**

« Cette mesure tient, notamment, compte des écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et fiscales supportées par les catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale »

**Il est ajouté un 4° au I de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale rédigé comme suit :**

« 4° : Un coefficient correcteur, s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés aux 1° et 2° du présent article, correspondant aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale. »

**La première phrase du II de l'article L.162.22.9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée** « Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 4° du I de l'article 162-22-10. »

## Article 41

### Création d'une agence nationale d'appui de la performance

- **Présentation de l'article**

Cet article prévoit la création d'une agence nationale d'appui de la performance (ANAP), structure d'expertise et d'appui nationales. Cette agence regrouperait les actuelles Mission pour l'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) et Groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (GMSIH). Elle aurait pour objet de mettre à la disposition tant des établissements que des ARH (et des futures ARS) une expertise à la fois globale et spécialisée.

Plus précisément, selon l'exposé des motifs, elle aurait pour mission d'élaborer et de diffuser des outils permettant aux établissements de santé et médico-sociaux d'améliorer leur performance, d'en suivre la mise en œuvre, de fournir un appui et un conseil opérationnel aux établissements et enfin de contribuer à l'élaboration d'une stratégie et d'objectifs d'efficience, ainsi qu'à la mise en œuvre d'un système de pilotage de la performance.

Elle serait constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public associant l'Etat, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux. Enfin, elle serait financée notamment par les dotations de l'assurance maladie, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des subventions de l'Etat, des collectivités publiques.

- **Observations de l'Uniopss**

L'Uniopss s'étonne de l'adjonction du champ que constituent les établissements médico-sociaux dans le périmètre de cette agence telle qu'elle est proposée. En premier lieu, en raison de l'absence de débat préalable au sein des instances que sont notamment la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

En second lieu, par rapport à la mission de cette agence. L'Uniopss s'interroge en effet sur la pertinence de placer la question de la performance des établissements et services médico-sociaux dans une nouvelle agence, alors qu'il est question de faire évoluer la CNSA en agence et qu'il existe une agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) comme il existe une Haute autorité de santé (HAS) compétente en matière de qualité pour les établissements de santé...

Le projet de loi définit en effet ainsi la mission qui serait celle de l'ANAP : « *L'agence a pour objet l'appui à l'amélioration du service rendu au patient, la modernisation de la gestion et la maîtrise des dépenses dans les établissements* ». Au delà du terme patient qui est inapproprié et confirme le tropisme naturel à prendre en considération uniquement la dimension soignante selon laquelle la personne est considérée comme un « patient », la CNSA a, de part sa mission, compétence pour travailler sur ce champ de la performance en lien étroit avec l'Anesm. Elle est à la fois une « caisse » chargée de répartir les moyens financiers et une « agence » d'appui technique pour veiller à la bonne utilisation de ces fonds. Pour ce faire, la future agence que constituerait la CNSA pourrait très bien s'appuyer sur certains travaux de l'ANAP, tout en prenant en compte les particularités du secteur médico-social, sans forcément en être partie prenante, tout comme cette dernière n'a pas besoin d'être intégrée la CNSA pour travailler en

## Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009

articulation avec elle sur notamment les transformations d'établissements de santé en structures médico-sociales.

Il est également question que la CNSA abonde le budget de cette nouvelle agence. Alors qu'il est question de conférer un caractère asymétrique à la fongibilité qui serait opérée au sein des crédits d'assurance maladie que gèreraient les futures agences régionales de santé, entre les « crédits sanitaires » et les « crédits médico-sociaux », l'Uniopss s'interroge sur l'affectation de cette dotation à une agence qui aurait un champ à la fois sanitaire et médico-social.

Pour toutes ces raisons, l'Uniopss propose de cantonner le champ de l'agence au secteur sanitaire et de prolonger la réflexion sur son éventuelle extension au secteur médico-social, établissements et services, en lien, d'une part, avec la création des agences régionales de santé dont la mise en place est encore à l'état de projet et, d'autre part, avec l'évolution des missions de la CNSA.

- **Proposition d'amendement n°2**

Au I de l'article 41 :

Au deuxième alinéa, supprimer les termes « *et médico-sociaux* ».

Supprimer le dixième alinéa ainsi rédigé : « 2° *Une dotation versée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie* ».

Au II de l'article 41, supprimer les termes « *et médico-sociaux* ».

## Article 43

### EHPAD : Contrôle des remboursements

- **Présentation de l'article**

Certaines prestations rendues par des Ehpads, relatives à des soins, sont financées par l'Assurance maladie sous forme de tarif journalier. Des contrôles de l'Assurance maladie ont mis au jour des situations de « double » remboursement de ces soins : aux résidents + aux établissements.

L'article propose une disposition permettant la déduction de ces sommes par la caisse pivot, sur les versements ultérieurs alloués à l'établissement.

La commission de recours amiable de la caisse pivot serait compétente pour traiter des éventuels litiges.

L'action en recouvrement se prescrit par trois ans à compter de la date de paiement de la somme en cause.

- **Observations de l'Uniopss**

Cette disposition nous paraît juste, dans la mesure où les sommes correspondantes auraient véritablement été remboursées deux fois.

Toutefois, la durée de la prescription nous semble trop longue ; nous proposons une seule année.

- **Proposition d'amendement n°3**

Au troisième alinéa de l'article 43, les mots « *par trois ans* » sont remplacés par les mots « *au terme d'un délai d'un an* ».

## Article 44

### Tarifification des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS)

- **Présentation et commentaire de l'article**

Cet article contient de très nombreuses dispositions concernant la tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'Uniopss ne peut que regretter que chaque année soient proposés aux parlementaires des changements en la matière qui n'ont pas été préalablement débattus avec les organisations représentatives du secteur. De même, nous ne pouvons que déplorer que l'on n'attende pas la mise en œuvre effective des dispositions votées et leur évaluation avant de procéder à de nouveaux changements. Par petites touches, se met en place un autre système d'allocation de ressources qui concerne plusieurs millions de nos concitoyens.

#### *Convergence tarifaire*

L'exposé des motifs rappelle que l'article 69 de la LFSS pour 2008 avait introduit, outre la possibilité de fixer des tarifs plafonds, « le principe de convergence tarifaire ». Rappelons que ce dispositif de convergence tarifaire existe déjà depuis plusieurs années (1999 pour les Ehpad, à partir de 2003 pour les autres catégories d'ESMS). A l'aide d'indicateurs médico-socio-économiques, il vise à comparer les coûts des établissements et services en vue de réduire les écarts injustifiés. Ce dispositif est en train de monter en puissance. Pourquoi ne pas attendre qu'il produise ses effets et en produire un bilan avant d'envisager une évolution en la matière ? La disposition ici commentée - à rapprocher des articles 74 du PLF et 38 du PLFSS - aura surtout pour effet d'empêcher d'allouer aux équipements des ressources excédant un certain seuil alors que les besoins des personnes accompagnées et le projet de la structure pourraient justifier que l'on retienne des financements plus importants.

Cet article prévoit de fixer des règles afin de contraindre les ESMS qui dépasseraient ces tarifs plafonds à s'aligner sur les autres puisqu'ils seraient censés faire preuve d'écarts injustifiés dans l'allocation des ressources d'Assurance maladie. Rien n'est indiqué ni sur la nature ni sur les modalités de ces règles...

#### *Introduction de la tarification à l'activité*

Cet article fait disparaître la procédure contradictoire pour les ESMS concernés par les « tarifs ministériels », c'est-à-dire par les tarifs plafonds fixés pour certains ESMS.

Or, depuis la LFSS pour 2008 (article 69 précité), si l'article 74 du PLF<sup>(2)</sup> et si le IX de l'article 38 de ce PLFSS<sup>(3)</sup> sont adoptés, les structures concernées seraient nombreuses : ESMS accompagnant des personnes âgées ou des personnes handicapées pour la partie financée par l'Assurance maladie, CHRS, Esat et USLD (unités ou centres de soins de longue durée).

Cette disposition modifierait en profondeur les fondements de la procédure budgétaire et tarifaire prévue par la loi du 2 janvier 2002<sup>(4)</sup> et défendue par l'Uniopss. La procédure contradictoire constitue la base de la négociation budgétaire ; elle permet un dialogue sain et des échanges réels par des allers-retours (propositions, contre-propositions) entre la structure et son ou ses autorité(s) de tarification, se concluant par l'acte de tarification qui traduit l'approbation financière du projet

---

<sup>2</sup> Cet article prévoit l'instauration de tarifs plafonds pour les établissements financés par l'Etat, c'est-à-dire les CHRS et les Esat.

<sup>3</sup> Cet alinéa prévoit l'instauration de tarifs plafonds pour les unités ou centres de soins de longue durée (USLD), ainsi que la détermination de règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds.

<sup>4</sup> Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

## Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009

qui engage les deux parties. En cas de désaccord, le gestionnaire peut choisir la voie du contentieux.

Cette mesure est à rapprocher de ce qui est prévu dans le cadre des CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) et conventions tripartites (Ehpad) à l'article R314-42 du CASF :

*« le contrat ou la convention peuvent prévoir que la fixation annuelle du tarif n'est pas soumise à la procédure contradictoire. »*

L'exposé des motifs mentionne explicitement que cela revient au cas des établissements de santé avec la tarification à l'activité !

L'Uniopss rappelle fermement depuis plusieurs années son opposition à l'introduction d'un tel système de tarification dans le secteur social et médico-social pour de multiples raisons. Une telle tarification renverserait la logique existante qui veut que l'on parte des besoins des personnes accompagnées et des moyens nécessaires à l'établissement ou au service pour remplir les missions qui lui sont imparties. De plus, l'Uniopss reste attachée à la mutualisation des financements et non à une tarification standardisée qui risquerait de discriminer les usagers en fonction de leurs ressources, de leur état de santé ou de leurs difficultés sociales. Elle demande que soit préservé un certain mode de financement dans l'intérêt des usagers. A défaut, le risque serait d'aboutir à diverses catégories de structures qui sélectionneraient leurs « clients » en tenant compte de leur solvabilisation et de la gravité de leur pathologie, allant jusqu'à des établissements « 1, 2, 3 étoiles ». La tarification à l'activité incite les structures à sélectionner les usagers et les actes « rentables » pour garder un niveau identique de recettes ; la dynamique financière prend alors le pas sur le projet.

Si on oppose, de manière générale, T2A et financement global, ce n'est cependant pas tant l'idée de mesure de l'activité qui permet d'opposer ces deux modes de financements que la question de l'opposabilité des coûts. Le premier système est prospectif : les coûts sont observés a priori et les tarifs fixés en conséquence, selon l'échelle tarifaire applicable à tous, quels que soient les coûts de fonctionnement de la structure. Le second type de financement est rétrospectif, fondé sur les coûts déclarés<sup>5</sup>. Le financeur verse le financement en fonction des coûts constatés. Le paiement au prix de journée individualisé par établissement correspond à ce cas de figure. Dans la plupart des cas, les financeurs opèrent cependant un contrôle des coûts pour ne financer que ce qui était justifié. Dans le sanitaire, des éléments de contrôle de la « productivité » de l'établissement ont ainsi été mis en place. De même, dans le secteur social et médico-social, on retrouve cette logique dans les indicateurs et l'idée d'une convergence à la moyenne. Cette évolution est également perceptible avec l'introduction des tarifs plafonds.

Au contraire, avec la T2A, tout écart est supporté par le seul gestionnaire. Les processus et les coûts obéissent à une certaine normalisation et sont inopposables. Il n'y a plus de procédure budgétaire contradictoire : c'est la fin du partage des risques avec le financeur par rapport à un éventuel écart de coût. De plus, les tarifs peuvent être volontairement éloignés des coûts réels de production.

***Tarification des Ehpad : un tarif soins pré-déterminé au niveau national, la tarification « à la ressource » et la fin de l'agrément des conventions collectives pour les Ehpad***

L'exposé des motifs parle de « tarification à la ressource », qui n'est rien moins qu'une tarification à l'activité, en tout cas sur le tarif soins ! Le forfait global de soins serait dorénavant fixé de manière nationale (par arrêtés des 2 ministères concernés).

Il est expliqué que la tarification à la ressource remplacerait la tarification « sur la base des coûts historiques ». Cette rédaction laisse à penser qu'un nombre élevé d'Ehpad bénéficie ainsi de tarifs exorbitants injustifiés puisque liés à l'histoire !

La dotation globale afférente à la dépendance devient un forfait global.

Ce nouveau système de tarification serait applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

---

<sup>5</sup> Cette description ne concerne pas les modalités du financement (a priori, avant la dépense ou a posteriori, après la dépense) mais la construction du financement.

## Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009

La transparence financière se veut renforcée ; dorénavant s'appliquerait un article du Code de la consommation, plus contraignant que les 4 articles du Code de commerce précédemment en référence (qui sont contenus d'ailleurs dans les dispositions de l'article du Code de la consommation concerné).

Par ailleurs, cet article supprime la procédure d'agrément et donc l'opposabilité financière aux autorités de tarification des conventions collectives et conventions d'entreprise ou d'établissement pour les Ehpad ayant signé un CPOM ou une convention tripartite (c'est-à-dire quasiment tous les Ehpad puisque 94% des places sont aujourd'hui couvertes par une convention tripartite – obligatoire -). Une seconde fois dans cet exposé des motifs, il est fait mention de la similarité souhaitée avec le secteur sanitaire « lorsque l'hôpital est passé à la tarification à l'activité ».

Cette « déconstruction » était prévisible : la procédure d'agrément avait déjà été supprimée pour les établissements de santé lors du vote de la loi de finances 2007. Cette évolution nous inquiète, laissant la voie ouverte à une « normalisation » et – pourquoi pas – à un taux directeur unique. Surtout, les dispositions contenues dans les conventions collectives ne seront désormais plus opposables aux autorités de tarification qui pourront alors refuser de prendre en charge certaines mesures conventionnelles et refuser de financer les salaires à leur « juste » niveau.

L'exposé des motifs explique que « les gestionnaires devront continuer à respecter les conventions collectives agréées dans le cadre des ressources qui leur seront imparties ». Cette disposition place de fait les établissements face à une injonction paradoxale, tenus de respecter les conventions collectives alors que la dotation soins qui leur serait fixée ne leur permettrait pas d'en assumer le coût. Faut-il en conclure dans ce cas que les déficits générés se reporteraient sur le tarif hébergement à la charge des personnes âgées, remettant en cause le principe de l'étanchéité entre les 3 sections tarifaires soins, dépendance et hébergement qui avait inspiré la réforme de la tarification des Ehpad ?

La fin de l'agrément et son opposabilité risquent d'entraîner un « déconventionnement » des associations pour lesquelles le coût des conventions collectives ne pourra plus être supporté. On assisterait alors à un effet de dumping social, conservant les rémunérations au prix du marché pour les métiers rares (IDE, aide soignant, kiné,...) et une paupérisation des métiers moins qualifiés, ainsi qu'une baisse de la qualité des prestations servies.

Depuis plusieurs années, l'Uniopss voit poindre et dénonce l'arrivée de la tarification à l'activité dans le secteur social et médico-social, ce à quoi les pouvoirs publics lui rétorquent qu'il n'en est pas question, qu'un tel système n'est pas applicable à ce secteur, etc. Pourquoi ne pas énoncer clairement les visées des différents chantiers et dispositions tarifaires (2 citations dans cet article de la tarification à l'activité) ? L'évolution proposée ne concerne pour l'instant que les EHPAD mais il est à craindre qu'elle soit transposée à l'avenir à tout le secteur social et médico-social.

- **Proposition d'amendement n°4**

Supprimer cet article.

Remplacer, au IV, « article L.238-8 » par « article L.232.8 »

## Article 45

### Réintégration des dépenses de médicaments dans les dotations soins des EHPAD

- **Présentation de l'article**

L'article 45 du PLFSS vise à réintégrer dans les dotations soins des EHPAD les dépenses de médicaments. Il s'agit d'un changement par rapport à la situation actuelle. En effet, depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, ces dépenses font l'objet de remboursements individualisés auprès de chaque assuré social résident dans l'établissement. La date d'effet de cette mesure de réintégration est prévue au 1<sup>er</sup> janvier 2010. Elle est justifiée par la volonté des pouvoirs publics de parvenir à une meilleure maîtrise de dépenses de santé en EHPAD et de lutter contre les effets iatrogènes de prescriptions médicamenteuses jugées trop généreuses par les médecins libéraux intervenant dans les EHPAD ne disposant pas de Pharmacie d'Usage Intérieur (PUI).

- **Position de l'Uniopss**

L'Uniopss est défavorable à cette mesure qu'elle considère comme totalement prématurée au regard des préalables indispensables que représentent :

- l'instauration d'un système conventionnel entre les EHPAD et les médecins libéraux permettant de s'assurer du respect par les praticiens libéraux du projet de soins et de la liste des médicaments de référence fixée par le médecin coordonnateur ;
- la formalisation de la convention type organisant la collaboration entre les EHPAD et les pharmacies d'officine non seulement pour la fourniture des médicaments mais aussi pour responsabiliser le pharmacien dans le circuit du médicament au sein de l'EHPAD ;
- la fixation de la liste des médicaments coûteux qui ne peuvent en aucun cas figurer au titre des dépenses à réintégrer dans les dotations soins.

Ces préalables étant très loin d'être satisfaits l'Uniopss est résolument opposée à cette mesure en l'état actuel de la situation qui vise en définitif à réintégrer des dépenses dans les budgets des EHPAD sans que ceux-ci disposent des moyens pour maîtriser ces dépenses générés par des prescripteurs avec lesquels les établissements n'entretiennent aucune relation contractuelle.

- **Proposition d'amendement n°5**

L'article 45 est supprimé.

## Article 72- I

### Relèvement de l'agrément de l'assistante maternelle

- **Présentation de l'article**

L'article prévoit d'augmenter de trois à quatre le nombre d'enfants pouvant être accueillis au domicile de l'assistante maternelle tout en limitant cet accueil aux enfants de moins de trois ans.

- **Observations de l'Uniopss**

Définir l'âge des enfants (moins de 3 ans) contraint le service de la protection maternelle et infantile (P.M.I.) à une grande rigidité et ainsi supprime toute possibilité d'accueil au-delà de 3 ans, c'est à dire des enfants scolarisés (accueil péri scolaire). L'Uniopss n'est pas favorable à cette restriction (proposition d'amendement n°6).

L'accueil de 3 enfants constitue déjà une charge importante et le quatrième enfant ne devrait s'entendre que pour un accueil extra scolaire ou en surnombre momentané.

Etant donné le passage à 4 enfants pouvant être accueillis simultanément, nous souhaitons que le nombre de contrats autorisé passe à 8 (proposition d'amendement n°7).

- **Proposition d'amendement n°6**

Au 1° du I de l'article 72, les mots suivants sont supprimés : « *après les mots : « le nombre de mineurs »* » sont insérés les mots : « *de moins de trois ans* », ».

Au 2° du I du même article, les mots suivants « *de plus de quatre enfants de moins de trois ans simultanément, dans la limite de* » sont remplacés par les mots « *de plus de quatre enfants simultanément dans la limite de* ».

- **Proposition d'amendement n°7**

Au 1° du I de l'article 72, les mots « *dans la limite de six mineurs de tous âges au total* » sont remplacés par les mots « *dans la limite de huit mineurs de tous âges au total* ».

## Article 72- II

### Regroupement des assistantes maternelles

- **Présentation de l'article**

Le présent article déroge à l'article L. 421-1 du CASF relatif aux assistantes maternelles et familiales, en prévoyant le contournement de l'obligation d'exercer au domicile, par le biais d'une expérimentation.

Avec cette nouvelle disposition, la loi de financement envisage d'autoriser pour une durée de 3 ans la possibilité pour l'assistante maternelle de travailler hors de son domicile, avec au moins une autre assistante maternelle.

Cette nouvelle forme d'accueil se voit éligible par le PLFSS 2009 pour la branche famille, et donc financée.

- **Observations de l'Uniopss**

Les acteurs de l'économie sociale dans le champ de la petite enfance, tout particulièrement l'UFNAFAAM, fédération d'assistantes maternelles, se sont toujours opposés aux regroupements d'assistantes maternelles, lesquels vont à l'encontre de leur statut, qu'ils mettent en danger.

De surcroît, cette nouvelle forme d'accueil réunissant plusieurs professionnels et déjà presque 10 enfants, constitue déjà une forme de collectivité. A ce titre, la disposition n'offre pas de garantie suffisante pour assurer une qualité d'accueil, en imposant des conditions spécifiques à cette organisation, à savoir :

- Une expérience suffisante dans la profession
- Une formation de travail d'équipe qui ne fait pas partie de celle actuellement prévue par la loi
- Un référent chargé du suivi technique, de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'accueil.
- Un seuil concernant le nombre d'assistantes maternelles pouvant se regrouper
- Un seuil quant au nombre d'enfants pouvant être accueillis

**Sur le fond, le décret du 20 février 2007, rénovant le décret du 1<sup>er</sup> août 2000, relatif à l'accueil collectif de la petite enfance a instauré tout récemment les micro crèches pour répondre, notamment à des besoins locaux, ainsi qu'au souhait des certaines assistantes maternelles de travailler en collectivité, ou encore à celles qui ne recevaient pas d'enfants, car habitant dans un quartier sensible, ou faute de locaux suffisants.**

Il convient de laisser ces expérimentations s'épanouir avant de créer un nouveau mode d'accueil, qui leur offre une concurrence déloyale du point de vue économique en éliminant toutes contraintes jugées jusqu'à maintenant nécessaires pour un accueil de qualité.

Quant aux conséquences financières, les regroupements d'assistantes maternelles pourront ainsi soit pratiquer des coûts très bas, au détriment d'une quelconque prise en compte de la qualité d'accueil, puisque aucune norme n'est fixée (sans commune mesure avec les structures traditionnelles), soit pratiquer des coûts prohibitifs au détriment de la mixité sociale et du respect des barèmes de financements actuellement établis par la Cnaf.

De plus, la création de ce nouveau dispositif sensé augmenter les possibilités d'accueil, n'atteindra en réalité pas son objectif : en effet, les assistantes maternelles accèdent très majoritairement à cette profession pour concilier leur vie professionnelle et familiale. Seules les

## Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009

plus anciennes pourraient donc être tentées par cette expérience, ce qui signifierait un déplacement des enfants, sans aucune augmentation du nombre d'enfants accueillis.

Enfin, il n'est pas envisageable de créer des regroupements d'assistantes maternelles sans aucune expérience, sous prétexte qu'elles se trouvent dans des quartiers où la demande d'accueil est très faible.

Pour répondre à leur demande d'activité, il serait plus efficace d'appliquer l'article L. 441-1 du code de la construction et de l'habitation qui prévoit de tenir compte de l'activité professionnelle des assistants maternels pour l'attribution d'un logement. Ainsi ces professionnelles ne seraient plus au chômage.

Pour toute ces raisons, l'Uniopss propose à titre principal la suppression du II de l'article 72. Si cette proposition ne pouvait aboutir, nous souhaiterions à titre subsidiaire qu'un décret apporte un certain nombre de garanties d'encadrement de cette expérimentation.

- **Proposition d'amendement présentée à titre principal n°8 :**

Suppression du II de l'article 72

- **Proposition d'amendement présentée à titre subsidiaire n°9 :**

A la fin du premier alinéa du II de l'article 72, est ajoutée la phrase suivante : « *Un décret précisera l'encadrement de cette expérimentation.* »