

2012

SÉCURITÉ SOCIALE



Projet de loi de financement de la Sécurité sociale - PLFSS

ANNEXE 3

- Mise en œuvre de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011
- Mesures de simplification



ANNEXE 3

**A / MISE EN ŒUVRE
DE LA LOI DE
FINANCEMENT DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2011**

**B / MESURES DE
SIMPLIFICATION**

A / MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011

1. Dispositions relatives à l'année 2010

Section I - Recettes

Art. 3: Ajustement du taux de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires pour la grippe H1N1

Afin d'assurer la participation des organismes complémentaires santé au financement de la mobilisation contre le risque de pandémie grippale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a institué une contribution exceptionnelle à la charge de ces organismes au titre de l'année 2010. Son taux a été fixé par la loi de finances rectificative pour 2009 à 0,77 %, de façon à ce que la participation des organismes complémentaires équivaille à la prise en charge d'un ticket modérateur de 35 % appliqué au coût des vaccins.

Les dépenses liées à la campagne de vaccination et supportées par les régimes d'assurance maladie ont finalement été inférieures d'environ 56 % à ce qui avait été anticipé en fin d'année 2009. L'article 3 de la loi de financement pour 2011 a ainsi ajusté le taux de la contribution exceptionnelle de façon à ce que ce prélèvement couvre la dépense réellement engagée. Le taux a dès lors été réduit de 56 %, pour passer de 0,77 % à 0,34 %.

Cette mesure est d'application directe.

Section II - Dépenses

Art. 6: Modification des dotations 2010 de l'EPRUS et du FMESPP

Cet article a modifié pour 2010 la dotation assurance maladie au financement du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

S'agissant du FMESPP, la dotation assurance maladie au financement du fonds a été réduite de 105 M€ correspondant au montant des crédits déchus en application de l'article 61 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Cet article introduit en effet la déchéance triennale des crédits du fonds non décaissés par la caisse des dépôts et consignations, liquidatrice du fonds, et la déchéance annuelle des crédits du fonds non engagés par les agences régionales de santé. Il prévoit à cet effet que les crédits issus de ces deux procédures de déchéance le sont au profit du FMESPP. Cette procédure de déchéance vise à améliorer la gestion des crédits du fonds et à garantir une meilleure allocation et une meilleure utilisation des ressources des régimes d'assurance maladie.

En 2010, les crédits déchus constatés lors de cet exercice ont été réalloués au FMESPP conformément aux dispositions législatives, ce qui a permis la diminution à due concurrence de la dotation initialement prévue dans la LFSS pour 2010. Dans le cadre de la mise en œuvre des mesures de régulation infra annuelle de l'ONDAM, ces crédits ont donc participé du respect de l'objectif en minorant le montant de crédits de la dotation du FMESPP pour 2010.

S'agissant de l'EPRUS, la dotation assurance maladie a été portée de 44 à 170 M€ pour l'année 2010 afin de tenir compte de la restitution opérée sur les trois années 2007-2009.

Ces dispositions sont d'application directe.

2. Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour 2011

Section I - Reprise de dette

Art. 9: Reprise de dette par la CADES

Cet article organise la reprise par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), dans la limite globale de 130 Md€, des déficits suivants :

- les déficits des exercices 2009 et 2010 des branches maladie, vieillesse et famille du régime général et ceux du fonds de solidarité vieillesse (FSV), ainsi que les déficits prévisionnels 2011 des branches maladie et famille du régime général ;
- les déficits de 2011 à 2018 de la branche retraite du régime général et du FSV, dans la limite globale de 62 Md€, et ce afin d'apporter une réponse complète au financement du système de retraite dans l'attente de la montée en charge des mesures de redressement adoptées dans le cadre de la réforme des retraites de 2010.

En application du premier volet du schéma de reprise de dette, les montants et dates de versements effectués par la CADES pour l'année 2011 en faveur de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ont été fixés par le décret n° 2011-20 du 5 janvier 2011 fixant les modalités de reprise par la caisse d'amortissement de la dette sociale des déficits cumulés prévisionnels des branches maladie, vieillesse et famille du régime général ainsi que du fonds de solidarité vieillesse. Ils s'élèvent globalement à 65,3 Md€ répartis en 14 versements courant du 10 janvier 2012 au 9 décembre 2012. Ces montants feront l'objet d'une régularisation une fois les soldes définitifs connus.

S'agissant du second volet du schéma relatif à la reprise de la dette vieillesse, les montants et dates des versements seront fixés annuellement par décret, dans la limite de 10 milliards d'euros par an.

L'article 9 précise les modalités de financement de ces reprises de dette, permettant – conformément aux dispositions de la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale – de ne pas allonger la durée d'amortissement prévisionnelle de la CADES de plus de quatre années. La CADES bénéficie à compter de 2011 de 0,28 point de CSG supplémentaire auparavant affecté à la branche famille, d'une part équivalent au taux de 1,3 % du prélèvement social de 2,2 % sur les revenus du patrimoine et du placement ainsi que d'un transfert annuel de 2,1 Md€ du fonds de réserve pour les retraites. Ces mesures sont d'application directe.

Section II - Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement

Art. 10: Renforcement des prélèvements portant sur les retraites « chapeau »

Le régime social dérogatoire portant sur les retraites à prestations définies et subordonnant les prestations à achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise, dites retraites « chapeau » a évolué selon deux axes :

- renforcement de l'effectivité du prélèvement à la charge de l'employeur : l'abattement forfaitaire qui permettait, en cas d'option de l'employeur en faveur de la contribution sur les rentes, de n'assujettir celles-ci que pour leur seule fraction excédant un tiers du plafond de la sécurité

sociale a été supprimé. Les rentes sont désormais assujetties à la contribution de 16 % dès le premier euro. En contrepartie, les régimes existant à la date de publication de la présente loi, et pour lesquels les employeurs ont opté en faveur de la contribution sur les rentes peuvent revenir sur leur choix en exerçant à nouveau l'option en faveur de la contribution sur le financement entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2011. L'employeur exerçant la nouvelle option est le cas échéant, redevable du montant équivalent à la différence si elle est positive entre la somme des contributions qui auraient été acquittées depuis le 1^{er} janvier 2004, ou depuis la création du régime si elle est postérieure, si l'option avait été exercée en faveur de la contribution sur le financement et les contributions effectivement acquittées au titre de l'option initiale, depuis cette même date.

Parallèlement, le versement de la contribution assise sur les rentes a été transféré aux organismes débiteurs des rentes qui doivent désormais l'acquitter pour le compte de l'employeur ;

- création d'une contribution à la charge des bénéficiaires des rentes de retraites « chapeau » : l'article 10 a institué à la charge du bénéficiaire, la contribution assise sur les rentes qu'il perçoit et ce, quelle que soit l'option exercée par l'employeur quant à la contribution mise à sa charge (contributions sur les rentes ou sur le financement). Les plafonds en ont été fixés par la loi de finances pour 2011.

Ces mesures s'appliquent aux rentes versées à compter du 1^{er} janvier 2011.

Les dispositions réglementaires (décret en Conseil d'État) relatives aux modalités de recouvrement de la contribution patronale assise sur les rentes doivent être adaptées pour tenir compte du transfert de la charge du versement aux organismes débiteurs des rentes et complétées des dispositions nécessaires sur le recouvrement de la contribution à la charge du bénéficiaire. Après une longue concertation, le projet de décret procédant à ces modifications a été soumis à l'avis des conseils d'administration des caisses de sécurité sociale compétentes et au Conseil d'État pour une publication prévue cet automne.

Art. 11 : Augmentation du taux de prélèvement sur les stock-options et les attributions gratuites d'action

Les taux des contributions à la charge de l'employeur et du bénéficiaire de ces modes de rémunération ont augmenté.

S'agissant des stock-options, le taux de la contribution à la charge de l'employeur est passé de 10 % à 14 % et le taux de la contribution à la charge du bénéficiaire est passé de 2,5 % à 8 %.

S'agissant des attributions gratuites d'actions et afin de ne pas pénaliser le développement de l'actionnariat salarié, le législateur a aménagé cette hausse :

- le taux de la contribution patronale est maintenu à 10 % sur les attributions d'actions gratuites dont la valeur annuelle par salarié est inférieure à la moitié du plafond annuel de la sécurité sociale ;
- le taux de la contribution salariale est maintenu à 2,5 % sur le montant des avantages dont la valeur est inférieure à la moitié du plafond annuel de la sécurité sociale.

D'application directe, cette mesure est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2011.

Art. 12: Annualisation du calcul des allègements généraux

Le mode de calcul précédent de la réduction générale, mensuel, conduisait à une réduction plus importante pour les employeurs qui versent une partie de la rémunération sous forme de primes ponctuelles (par exemple 13^e mois), plutôt que de manière lissée sur les douze mois de l'année. Cette différence d'allègement n'obéissait à aucun objectif économique mais à la seule manière dont la rémunération est organisée sur l'année. Il en résultait une déconnexion entre le niveau de

salaires effectifs et le montant de l'exonération. Dès lors, la logique propre de la réduction générale qui vise à diminuer le coût du travail pour les emplois peu qualifiés dont les salaires sont les plus bas, et pour laquelle à un niveau de salaire correspond un niveau d'exonération, pouvait être faussée. À la marge, dans certains cas, la rémunération sous forme de primes pouvait également répondre à une démarche d'optimisation des exonérations de la part des employeurs.

Afin de veiller au respect de l'objectif initial du dispositif, tout en maîtrisant son coût, l'article 12 modifie ses modalités d'application pour prévoir un calcul de la réduction dont bénéficient les entreprises en fonction de la rémunération annuelle versée au salarié.

Il a donné lieu au décret n° 2010-1779 du 31 décembre 2010 relatif aux modalités de calcul de la réduction générale de cotisations patronales de sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale. Des explications ont été apportées par la circulaire N° DSS/SD5B/SG/SAFSL/SDTPS/2011/34 du 27 janvier 2011 relative à la mise en œuvre de l'annualisation de la réduction générale de cotisations sociales patronales.

Un décret en Conseil d'État devrait être pris au cours du dernier trimestre de l'année pour adapter cette réforme aux employeurs des trois régimes spéciaux (régimes des marins, des mines et des clercs et employés de notaires) entrant dans le champ du bénéfice des allègements généraux.

Art. 13: Suppression du panier de compensation des allègements généraux et réaffectation des taxes

L'article 13 supprime le principe de compensation des allègements généraux par l'État via l'affectation d'un panier de recettes fiscales. À compter du 15 février 2011, les recettes qui précédemment composaient ce panier sont affectées pour solde de tout compte aux caisses et régimes de sécurité sociale, lesquels percevaient jusque-là ces recettes au prorata du montant de leurs allègements.

Un premier arrêté du 22 décembre 2010 fixe les modalités d'imputation de réduction de cotisations patronales prévue à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale sur les cotisations entrant dans son champ afin que les affectations des exonérations aux différentes branches soient désormais homogènes pour tous les régimes. Un second arrêté du 28 décembre 2010 fixe les clés de répartition de la fraction du droit de consommation sur les tabacs nouvellement affectée aux régimes spéciaux de sécurité sociale.

Art. 14: Clarification du champ des exonérations des services d'aides à la personne (EHPAD)

L'intention du législateur en créant un mécanisme d'exonérations sociales pour les activités d'aides à domicile dans le secteur des services à la personne correspondait, très clairement, au souci de favoriser le maintien à leur domicile des personnes âgées dépendantes.

Or, certaines structures d'hébergement collectif notamment de personnes âgées ont demandé le bénéfice de ces exonérations pour le personnel qu'elles emploient. Afin de limiter les risques de détournement du dispositif d'exonération sociale en cause, la conception même de ce dispositif étant fondée sur la notion de « domicile » au sens du domicile à usage privatif de la personne âgée dépendante (ou d'un membre de sa famille comme le précisent les dispositions législatives), l'article 14 a introduit une précision sur la nature de domicile « à usage privatif » pour le bénéfice de l'exonération.

D'application directe, cette mesure est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2011.

Art. 15: Clarification du champ d'assujettissement des PAM

La loi modifie l'assiette de la cotisation destinée à financer le régime maladie-maternité des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM) conventionnés et unifie le mode de déclaration des revenus des PAM qu'ils soient tirés de leur activité réalisée dans le cadre des conventions ou non.

Cet article prévoit désormais que le financement des prestations maladie des PAM est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur les revenus qu'ils tirent de leur activité professionnelle dans leur intégralité et non plus seulement sur les seuls revenus tirés de leur activité réalisée dans le cadre des conventions. Il précise également que les revenus tirés de l'activité professionnelle réalisée hors du cadre conventionnel, du règlement ou du régime d'adhésion personnelle sont pris en compte dans la limite de 5 fois le plafond annuel de la sécurité sociale comme c'était le cas antérieurement.

Ainsi, à compter de 2011, la cotisation maladie des PAM recouvrée par les URSSAF, qui était jusque-là assise sur les seuls revenus tirés de leur activité conventionnée, est désormais assise sur les revenus tirés de leur activité conventionnée pour leur totalité et des revenus non salariés tirés de leur activité non conventionnée dans la limite du plafond susmentionné.

Il ne sera donc plus nécessaire à ceux-ci de déclarer leurs revenus tirés de leur activité non conventionnée auprès du régime social des indépendants.

D'application directe, cette mesure est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2011.

Art. 16: Hausse du forfait social

L'article 16 prévoit une augmentation de deux points du forfait social dont le taux passe donc de 4 % à 6 %.

D'application directe, cette mesure est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2011.

Art. 17: Sécurisation de la protection sociale complémentaire en entreprise

Le législateur est venu sécuriser le dispositif de protection sociale complémentaire dans deux directions.

D'abord, le champ de la contribution spécifique de 8 % sur les contributions des employeurs au financement des systèmes de prévoyance complémentaire a été élargi aux garanties offertes au bénéfice des anciens salariés et des ayants droit.

Ensuite, la notion de catégorie objective pouvant constituer le caractère collectif qui subordonne l'exclusion plafonnée d'assiette des cotisations de sécurité sociale, sera établie à partir de critères déterminés par décret en Conseil d'État.

Après une longue concertation, le décret d'application de cette mesure a été soumis pour avis aux conseils des caisses de sécurité sociale concernées et au Conseil d'État. Sa publication devrait intervenir dans le courant du dernier trimestre de l'année 2011.

Art. 18: Assujettissement des indemnités de rupture

L'exclusion d'assiette des cotisations sociales des indemnités de rupture a été définie par le législateur en 2006 ; elle était calquée sur l'exonération fiscale attachée à ces formes de rémunérations. Au regard du régime social, le législateur a procédé à un décrochage des deux régimes en plafonnant l'exclusion d'assiette de cotisations à 3 fois la valeur annuelle du plafond de la sécurité sociale.

La loi dispose également désormais que l'exonération de CSG et de CRDS dans la limite du montant de l'indemnité légale ou conventionnelle ne peut être supérieure non plus à l'exonération d'impôt sur le revenu mais à l'exclusion de l'assiette des cotisations sociales, soit au maximum 3 fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

Un régime transitoire a été institué pour l'année 2011.

D'application directe, cette mesure est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2011. Une circulaire parue en avril dernier est venue préciser les modalités d'application de cette mesure (circulaire DSS/5B/145 du 14 avril 2011 relative au régime social des indemnités de rupture).

Art. 19: Recettes affectées au FSV dans le cadre de loi portant sur les retraites

Le présent article permet l'affectation au FSV de la totalité de l'effort en recettes dégagé dans le cadre de la réforme des retraites (3,5 Md€ pour 2011). Il organise les différents transferts de ressources nécessaires au reroutage vers le fonds du rendement de l'ensemble des mesures nouvelles en recettes votées en loi de finances pour 2011 et en loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Le détail de ces transferts est présenté en annexe 6.

Cette mesure est d'application directe.

Art. 20: Encadrement du montant de la rémunération auquel l'abattement pour frais professionnels de 3 % est applicable à la CSG

Les rémunérations soumises à la CSG supportent un abattement de 3 % représentatif des frais professionnels. L'article 20 a plafonné les rémunérations sur lesquelles cet abattement s'applique. Pour les rémunérations versées à compter du 1^{er} janvier 2011, l'abattement s'applique sur la part de la rémunération n'excédant pas 4 fois la valeur du plafond de la sécurité sociale. Ce plafonnement de l'abattement de 3 % vaut également pour la CRDS.

D'application directe, cette mesure est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2011.

Art. 21: Assujettissement des rémunérations versées par des tiers

L'article 21 est venu préciser que toute somme ou avantage alloué à un salarié par une personne n'ayant pas la qualité d'employeur en contrepartie d'une activité accomplie dans l'intérêt de ladite personne est une rémunération au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité (dispositif codifié à l'article L.242-1-4 du code de la sécurité sociale).

Cette mesure permet ainsi d'assurer l'assujettissement de sommes versées dans le cadre de l'activité professionnelle mais qui échappaient jusqu'alors aux cotisations faute de relation employeur/salarié entre le tiers et le bénéficiaire.

Cet article prévoit dans certains cas des modalités d'assujettissement dérogatoire. Il s'agit des cas où le salarié concerné exerce une activité commerciale ou en lien direct avec la clientèle pour laquelle il est d'usage qu'une personne tierce à l'employeur alloue des sommes ou avantages au salarié au titre de cette activité. Dans ces cas, en lieu et place des cotisations et des contributions sociales de droit commun, est prévu le versement, d'une contribution libératoire de 20 % sur la part de ces rémunérations qui excède pour l'année considérée un montant égal à 15 % de la valeur du smic mensuel (soit environ 200 €) sous réserve que le montant total annuel des sommes ou avantages versés n'excède pas la valeur du smic (1 365 €).

S'il est d'application directe avec une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2011, ce dispositif nécessite, pour sa mise en œuvre, différents textes d'application :

- un décret qui détermine l'information devant être transmise par la personne tierce à l'employeur (montant des sommes ou avantages servis à chacun des salariés et montant des cotisations et contributions versées sur ces rémunérations) ;
- un premier arrêté qui répartit les sommes recouvrées au titre de la contribution libératoire de 20 % entre les contributions et cotisations de sécurité sociale ;
- un second arrêté qui fixe le taux de la cotisation d'accidents du travail et de maladies professionnelles en cas d'application du droit commun ;
- une circulaire qui précise les modalités d'application du dispositif (champ de la mesure et modalité d'assujettissement).

Ces textes d'application ont été examinés par les conseils des caisses de sécurité sociale concernées et devraient être publiés en octobre.

Art. 22: Affiliation des chambres d'hôtes

La présente mesure définit le caractère professionnel de l'activité de location de chambre d'hôte et énonce, pour les loueurs dont l'activité est conforme à cette définition, une obligation d'affiliation au groupe des professions industrielles et commerciales (Régime social des indépendants, RSI) pouvant, le cas échéant, donner lieu au bénéfice du régime de l'auto-entrepreneur.

Le caractère professionnel de l'activité de location résulte désormais du niveau des revenus générés par l'activité : il est présumé, à compter du 1^{er} janvier 2011, lorsque les revenus dégagés par cette activité sont supérieurs au seuil fixé au 1^o de l'article R 242-15 du code de la sécurité sociale, correspondant au salaire de base annuel retenu pour le calcul des prestations familiales (4670 € pour l'année 2010).

Les exploitants agricoles qui louent des chambres d'hôtes continuent de relever pour cette activité du régime de sécurité sociale des professions non salariées agricoles (dès lors que ces chambres constituent des structures d'accueil touristique, notamment d'hébergement et de restauration, situées sur une exploitation, une entreprise ou un établissement agricole au sens de l'article L 722-1 du code rural et de la pêche maritime). S'agissant de loueur dont l'activité n'a pas de caractère professionnel, les revenus générés restent soumis aux prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine dans les conditions de droit commun.

Cette mesure est d'application directe.

Art. 23: Prolongation de l'expérimentation au titre des petites activités d'insertion

Cette mesure permet la prolongation du dispositif prévu à l'article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 qui vise à favoriser l'intégration sociale par le travail et à diminuer les activités non déclarées. Le dispositif prévoit pour une période temporaire une affiliation au régime général des personnes exerçant une activité économique réduite à fin d'insertion et bénéficiant d'un accompagnement en matière administrative et financière par une association agréée.

Les textes d'application de cette disposition sont parus le fin 2008 (décret n° 2008-1168 du 12 novembre 2008 portant application de l'article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et arrêté du 12 novembre 2008 fixant le taux des cotisations de sécurité sociale dues au titre des activités économiques réduites à fin d'insertion mentionnées à l'article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008). Une circulaire parue au 1^{er} semestre 2009 est venue compléter ce corpus juridique (circulaire DSS/5B/2009/144 du 29 mai 2009 relative aux activités économiques réduites mentionnées à l'article 20 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008).

D'application directe, cette mesure est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2011.

Art. 24: Intégration dans l'assiette sociale des non salariés agricoles des revenus tirés de la mise en location des terres et des biens

Cette mesure vise à interdire le cumul du dispositif de la rente du sol avec la possibilité de déduction fiscale du loyer des terres ouverte par deux décisions d'avril 2010 de la Cour administrative d'Appel de Nantes.

Dans ces deux décisions, la Cour a admis qu'un exploitant puisse déduire de son bénéfice imposable les loyers afférents aux terres qu'il conserve dans son patrimoine privé et qu'il se loue à lui-même dans le cadre de son activité professionnelle.

Cette déduction fiscale risquait de faire double emploi avec la déduction de la rente du sol qui permet d'exclure le revenu du capital foncier de l'assiette des cotisations. La mesure de l'article 24 permet donc de réintégrer dans l'assiette les sommes correspondant à ces loyers lorsque les exploitants ont opté de surcroît pour la déduction de la rente du sol.

La réintégration des loyers dans l'assiette est ainsi limitée aux cas de cumul entre les deux déductions, loyers et rente du sol.

D'application directe, cette mesure est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2011.

Art. 25: Ouvrir aux pacsés la possibilité de déroger à l'assiette forfaitaire en cas de nouvelle installation

Au sein du régime agricole, les cotisations d'un nouvel installé sont calculées, à titre provisoire, sur une assiette forfaitaire. Toutefois, dans certaines hypothèses, ces assiettes forfaitaires ne sont pas retenues.

Il en est ainsi lorsqu'un conjoint (ou une conjointe) s'installe en société avec son époux (ou épouse). Dans ce cas, les cotisations du conjoint qui s'installe sont alors calculées sur sa part de bénéfice agricole dans le foyer fiscal. La loi de financement pour 2009 a étendu ce dispositif à la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS) à l'exploitant.

La seconde dérogation vise le cas du conjoint qui reprend l'exploitation de son époux (ou épouse). Dans cette hypothèse, les cotisations du « conjoint repreneur » sont alors calculées sur la totalité des revenus agricoles du foyer fiscal. Contrairement au premier dispositif, celui-ci n'a pas été étendu au partenaire lié par un PACS à l'exploitant.

L'article 25 étend, dans un souci d'équité, ce dispositif au partenaire lié par un PACS au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole en cas de transfert de l'exploitation et de reprise de cette exploitation par ce même partenaire.

D'application directe, cette mesure est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2011.

Art. 26: Affiliation des bailleurs en métairie

L'article 26 permet de prendre en compte un arrêt de la Cour de cassation en date du 19 juin 2008. Dans cet arrêt, la Cour de cassation a considéré qu'un bailleur à métayage ne doit pas être affilié au régime de l'ATEXA dans la mesure où le code rural ne prévoit une obligation d'assurance que pour les personnes « occupées » dans les exploitations ou dans les entreprises agricoles.

La Cour a donc exclu le bailleur à métayage du régime de l'ATEXA puisque celui-ci n'exerce pas d'activité agricole proprement dite sur les terres dont il est propriétaire et dont il a confié l'exploitation à un preneur.

La mesure de l'article 26 supprime l'obligation d'affiliation des bailleurs à métayage à l'ATEXA et permet ainsi aux caisses de MSA d'appliquer un traitement identique à toutes les personnes concernées.

D'application directe, cette mesure est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2011.

Art. 27: Relèvement progressif du plafond de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

Le plafond de ressources de l'ACS est revalorisé au niveau du plafond de la CMU complémentaire majoré de 26 % au 1^{er} janvier 2011 puis de 30 % au 1^{er} janvier 2012 (contre 20 % avant le 1^{er} janvier 2011). Cette mesure étant d'application directe, elle a pu être appliquée dès le 1^{er} janvier 2011.

Art. 28: Modification du taux K de la clause de sauvegarde

Le taux K est le taux de croissance du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique au-delà duquel la clause de sauvegarde (article L.138-10 du CSS) s'applique. Le taux K est fixé à 0.5 % pour 2011. Cette mesure est d'application directe et sera utilisée par le CEPS, comité économique des produits de santé, début 2012 pour le calcul des remises conventionnelles annuelles dues par les laboratoires au titre de l'année 2011.

Art. 29: Minoration des abattements du chiffre d'affaires des médicaments orphelins pour calculer les contributions dues par les grossistes-répartiteurs et les laboratoires pharmaceutiques

La disposition votée prévoit un plafond de 30 M€ du chiffre d'affaires annuel pour les exonérations et abattements dont bénéficient les entreprises pour les médicaments orphelins au titre de :

- la contribution assise sur le chiffre d'affaires réalisé auprès des pharmacies d'officine par les entreprises de vente en gros (article L.138-1 et suivants du CSS) ;
- la contribution dite « clause de sauvegarde » en cas de dépassement par le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques d'un taux de progression déterminé par la loi (article L.138-10 du CSS). Cette règle sera ensuite transposée dans l'accord-cadre liant les laboratoires pharmaceutiques et le comité économique des produits de santé ;
- la contribution portant sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques (article L.245-1 du CSS).

Cette mesure est d'application directe.

Art. 30: Suppression de la compensation généralisée maladie

Cet article constitue une étape dans la voie de la rationalisation des relations financières entre régimes de base de sécurité sociale. En effet, il supprime le dispositif de « compensation généralisée maladie », tout en assurant la neutralité de l'opération pour les principaux régimes concernés.

Dans la mesure où la compensation généralisée conduisait à un transfert entre deux régimes (RSI et non salariés agricoles), il a semblé opportun de simplifier le mécanisme d'équilibrage, en remplaçant ce dernier par un transfert, pour solde de tout compte, d'une recette propre du RSI. Aussi, la branche maladie du régime des non salariés agricoles bénéficie depuis 2011 d'une part égale à 30,89 % du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés.

La mesure est d'application directe. Dans un souci de meilleure lisibilité de la partie réglementaire du code de la sécurité sociale, un décret simple sera pris dès que les opérations de régularisation de la compensation généralisée au titre de l'exercice 2010 seront validées par la commission de compensation afin de toiletter les dispositions réglementaires devenues obsolètes.

Art. 31 Création d'une cotisation maladie sur les pensions servies par la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires

L'article 31 institue une cotisation assise sur les avantages de retraites servis par la CRPCEN (caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires). Cette mesure s'inscrit dans le cadre du plan de redressement des finances du régime adopté par son conseil d'administration lors de sa séance du 18 décembre 2009 à la demande des pouvoirs publics. Le décret n° 2011-228 du 1^{er} mars 2011 a fixé le taux de cette cotisation à 1 %. Ce nouveau prélèvement, qui doit générer environ 5,5 M€ de recettes supplémentaires en année pleine, a ainsi pu être appliqué sur les pensions versées au titre du mois de mars 2011.

Section IV - Dispositions relatives au recouvrement, à la trésorerie et à la comptabilité

Art. 39: Étendre les possibilités de contrôle des URSSAF pour le compte d'organismes tiers volontaires (Pôle emploi, Régimes spéciaux)

Cet article, d'application directe, permet à la branche recouvrement de convenir avec des organismes tiers à la sécurité sociale qu'à l'occasion des contrôles des URSSAF sur les entreprises soit vérifiée l'application de leur législation propre. Une disposition spécifique avait déjà été prévue pour le contrôle des contributions d'assurance chômage et figurait dans le code du travail dans la version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010. L'article L.243-7 modifié reprend cette disposition et lui confère un caractère pérenne, en même temps qu'il élargit la possibilité de recourir à cette délégation à d'autres organismes.

Art. 40: Amélioration du dispositif de délivrance des attestations dans le cadre de la sous-traitance

Les dispositions issues de cet article consistent à compléter l'article L.8222-5 du code du travail relatif à la définition du travail dissimulé par dissimulation d'emploi salarié en introduisant une nouvelle situation de travail dissimulé. Cette mesure est d'application directe. L'article impose également aux donneurs d'ordre de vérifier que les entreprises ou personnes avec lesquelles ils contractent s'acquittent non seulement des déclarations mais aussi des cotisations et contributions sociales dues. À cet effet l'attestation relative aux obligations de sécurité sociale émanant de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations sociales est modifiée par décret par les sous-traitants à leurs donneurs d'ordre. Ces derniers doivent s'assurer de l'authenticité de cette attestation directement auprès de l'URSSAF, la CGSS ou la MSA.

Ces dispositions ont été modifiées depuis par l'article 73 de la loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité qui a élargi le champ d'application au régime agricole et précisé les conditions de délivrance des attestations dans le code de la sécurité sociale.

Cette dernière mesure nécessite un décret d'application qui a été soumis aux conseils des caisses de sécurité sociale concernées à l'été 2011 et est en cours de contreseing.

Art. 41: Simplification des formalités pour les employeurs étrangers sans établissement en France

Cet article a simplifié les formalités en matière sociale des employeurs qui ne comportent pas d'établissement en France et qui y emploient des salariés. Les entreprises étrangères ont accès, grâce à cette mesure, à une offre de services plus complète en matière sociale, sur le modèle

du titre emploi-service entreprise (TESE) tandis que les particuliers employeurs non-résidents bénéficient d'un dispositif équivalent au CESU déclaratif : ils bénéficient, en plus du recouvrement des cotisations et contributions dues par un interlocuteur unique spécialisé dans la relation avec des personnes étrangères (et offrant ces services en plusieurs langues), du calcul des cotisations par le Centre national des firmes étrangères (CNFE) établi à l'Urssaf de Strasbourg, ainsi que de l'établissement par celui-ci des bulletins de paie. Les supports déclaratifs sont également plus adaptés et sont entièrement dématérialisés.

Par ailleurs, le CNFE est ouvert aux particuliers employeurs non-résidents qui ont la possibilité de s'acquitter de leurs obligations sociales par avance de manière à attester s'être conformé au droit français, ce qui facilite leurs démarches en France et l'entrée de leurs salariés sur le territoire pour de courts séjours.

Certaines dispositions de cet article sont d'application directe, les autres font l'objet d'un décret d'application qui a été examiné par les organismes de sécurité sociale et est en cours de contreseing.

Art. 42: Fixation d'un délai maximal pour le remboursement des cotisations indues

Cette mesure, d'application directe, limite le délai dans lequel les URSSAF doivent rembourser les cotisations indûment versées lorsqu'une demande de remboursement leur est adressée. Ce délai a été rappelé aux organismes.

Art. 43: Instauration d'une phase transitoire pour la suppression de la déclaration commune de revenus (DCR)

L'article 43 permet d'approfondir les travaux de fiabilisation préalables à la suppression de la déclaration commune de revenus (DCR) qui est prévue par la loi n° 2008-776 du 4 août 2008. Cette mesure est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011 et se traduit par le maintien de la DCR en parallèle à l'expérimentation conduite pour la transmission des revenus collectés par l'administration fiscale. Les résultats de l'expérimentation qui s'est déroulée au printemps 2011 feront l'objet d'une d'analyse fin septembre.

Art. 44: Instauration de nouvelles sanctions en matière de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)

L'article 44 a permis de rendre pleinement opérationnelle la procédure de contrôle sur pièce de l'assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S). Elle a fait l'objet d'un décret d'application n° 2011-700 publié le 20 juin 2011. Ce décret s'est accompagné de la publication d'une circulaire N°DSS/5D/2011/316 le 1^{er} août 2011.

Art. 45: Exclusion des contrats responsables de l'assiette de la C3S

L'article 45, d'application directe, est une mesure de coordination avec les modifications portées à l'article 1001 du code général des impôts dans le cadre de la loi de finances pour 2011 afin de maintenir le régime antérieur.

Art. 46: Relations entre Cour des comptes et commissaires aux comptes certificateurs des autres régimes

Cet article introduit dans le code des juridictions financières des dispositions permettant une levée du secret des investigations de la Cour des comptes à l'égard des commissaires aux comptes et réciproquement une levée du secret professionnel des commissaires aux comptes à l'égard de la Cour.

Ces dispositions, qui ont fait l'objet d'un décret en Conseil d'État n° 2011-703 du 21 juin 2011 et d'un arrêté du même jour, fixent un cadre aux échanges d'information nécessaires entre la Cour des comptes, chargée de la certification des comptes du régime général, et les commissaires aux comptes des autres régimes et organismes, au titre de leurs missions respectives de certification des comptes des organismes de sécurité sociale. Cette situation concerne notamment le recouvrement par les URSSAF des cotisations d'assurance maladie et vieillesse de base et complémentaires des artisans et commerçants relevant du RSI (dans le cadre du dispositif dit de l'interlocuteur social unique ou ISU). Depuis le 1^{er} janvier 2011, elle concerne également le recouvrement par les URSSAF des cotisations d'assurance chômage affectées à l'Unédic et des cotisations de garantie des salaires affectées à l'association pour la gestion du régime d'assurance des créances des salariés (AGS).

3. Dispositions relatives aux dépenses pour 2011

Section I - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Art. 48: Mise en œuvre du rapport « Briet » sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie

L'article 48 vise à renforcer le rôle du comité d'alerte avec l'instauration d'avis supplémentaires :

- avant le 15 avril de chaque année, un premier avis sur l'exécution de l'ONDAM de l'année précédente;
- avant le 15 octobre de chaque année, un avis sur la construction de l'ONDAM de l'année suivante soumis au vote du Parlement dans le cadre du PLFSS.

Ces mesures, qui ont fait l'objet d'un décret n° 2011-432 du 19 avril 2011, ont été appliquées dès 2010. En effet, le 14 octobre 2010, le comité d'alerte, saisi par le gouvernement, a rendu un premier avis sur la construction de l'ONDAM 2011, estimant, après examen des hypothèses sous-jacentes à l'ONDAM proposé par le gouvernement, qu'il n'y avait pas d'erreur manifeste d'appréciation entachant la construction de cet objectif.

Le 15 avril 2011, le comité d'alerte a rendu un avis sur le respect de l'ONDAM pour l'année 2010, estimant notamment que l'exécution de l'ONDAM 2010 en-deçà de l'objectif voté, n'avait pas d'effet base sur l'ONDAM 2011 menaçant le respect de l'ONDAM 2011.

Art. 49: La CCSS inclut un bilan annuel des engagements contenus dans les conventions

Le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2011 comporte pp. 104 à 109 une fiche intitulée « 9-1 – ONDAM 2010 » qui comprend un encadré 2 relatif à la réalisation de l'objectif 2010 de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie. Les économies réalisées en 2010 au titre de la maîtrise médicalisée s'élèvent à 501 M€, à rapporter à un objectif fixé à 592 M€ dans la construction de l'ONDAM 2010. Le taux de réalisation des objectifs d'économies liées aux actions de maîtrise médicalisée s'est donc élevé à 85 %.

Un bilan plus complet de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie en 2010 sera présenté dans le programme de qualité et d'efficacité « Maladie » qui sera annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (indicateur n° 4-6).

Art. 50: Révision périodique de la nomenclature

Cet article, qui prévoit une révision tous les cinq ans des actes nouvellement inscrits à la classification commune des actes médicaux, est d'application directe.

Art. 52: Mise en place d'un accord-cadre par voie conventionnelle concernant les dispositifs médicaux

La disposition votée, qui prévoit un décret d'application en Conseil d'État, permet au Comité économique des produits de santé de passer un accord-cadre, dans le domaine des dispositifs médicaux, avec les différents syndicats professionnels concernés afin de définir les modalités d'échanges d'informations, de suivi des dépenses remboursées et des pénalités financières applicables en cas de retard ou de non réalisation des études demandées. La négociation de l'accord-cadre a débuté en mars 2011 et devrait aboutir prochainement. Le projet de décret d'application relatif aux pénalités financières a fait l'objet d'une concertation avec les professionnels et sera soumis au Conseil d'État à l'automne 2011, pour une publication attendue du décret au 4^e trimestre 2011.

Art. 53: Généralisation du CAPI dans la convention

L'UNCAM, la CSMF, le SML et MG France ont signé un projet de convention le 26 juillet 2011, approuvée par l'arrêté du 23 septembre 2011.

À l'article 26 du projet de convention, les partenaires conventionnels ont généralisé à l'ensemble des médecins un mode de rémunération à la performance, complémentaire à l'acte, et versée en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique, d'efficacité et de valorisation des bonnes pratiques. Les partenaires doivent préalablement à la mise en place du dispositif engager une expertise sur la pertinence des indicateurs et leurs modalités de calcul. Ils s'engagent à conclure des avenants dans ce cadre.

Les commissions paritaires nationale, régionales et locales assureront régulièrement le suivi du dispositif de rémunération à la performance.

Elles analyseront les évolutions de pratique constatées et proposeront les actions susceptibles d'améliorer les pratiques dans leur ressort géographique, dans le respect des données acquises de la science.

Un suivi individuel des médecins sera également mis en place: à partir de l'entrée en vigueur du dispositif, et lors de l'installation des médecins, la caisse communiquera à chaque médecin une analyse chiffrée de sa patientèle dans les domaines visés par les objectifs retenus. Elle lui fournira également, à terme, au moins chaque trimestre, les données nécessaires au suivi de ses indicateurs.

Art. 54: Protection du patient en cas de différence de prix entre le tarif de remboursement des dispositifs médicaux et leur prix de vente en établissement

La disposition, d'application directe, prévoit que la différence pouvant exister entre le tarif de remboursement des produits et prestations (mentionnés à l'article L. 165-1), pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation (article L. 162-22-7), et le prix de vente à l'établissement ne peut en aucun cas être supportée par le patient. Cette disposition permet non seulement de

protéger les patients d'un paiement indu et permet aussi d'éviter que l'assurance maladie ne rembourse deux fois un produit qui se substituerait à des produits déjà financés dans le tarif du groupe homogène de séjour (GHS). La mesure a trouvé une application dès mars 2011, lors de la réintégration dans les tarifs des GHS des défibrillateurs cardiaques en permettant un maintien du financement en sus des tarifs pour les modèles permettant la pratique de la télécardiologie.

Art. 55: Remboursement pantoufle pour les boursiers civils

Le contrat d'engagement de service public (CESP) a été créé par l'article 46 de la loi « hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009.

L'article 55 précise, à l'article L. 632-6 du code de l'éducation, les modalités de recouvrement d'une indemnité dite « pantoufle », en cas de rupture d'un CESP et étend son application aux étudiants.

Un arrêté publié le 24 juin 2011 précise les modalités de calcul de l'indemnité mentionnée au L. 632-6 du code de l'éducation. Cette indemnité est composée de la somme des allocations nettes perçues par le bénéficiaire depuis la signature du CESP et d'une fraction des frais d'études. Afin de prendre en compte la durée de l'engagement et, pour les médecins, le temps d'exercice écoulé à la date de rupture du contrat, l'arrêté, conformément à la loi qui a introduit la dégressivité dans le calcul de l'indemnité, prévoit que l'indemnité est calculée de manière dégressive selon des dispositions fixées en annexe de l'arrêté.

Art. 59: Formes à libération orales modifiée (quasi-générique)

La disposition votée permet aux laboratoires et grossistes de faire bénéficier les pharmaciens d'officine des avantages commerciaux applicables aux génériques lors de la vente de certaines spécialités pharmaceutiques à libération modifiée non génériques mais inscrites au répertoire des groupes génériques car leur présentation diffère très légèrement de celle de la spécialité de référence (gélule au lieu d'un comprimé par exemple). La mesure, d'application directe, a été appliquée dès le début de l'année 2011 sur une molécule fortement vendue et ainsi contribué significativement aux économies issues de la substitution générique.

Art. 60: Logiciels d'aide à la prescription

La disposition votée prévoit deux mesures. D'une part, elle vient élargir les fonctionnalités d'un logiciel d'aide à la prescription médicale certifié en y intégrant les recommandations et avis médico-économiques identifiés par la Haute Autorité de santé (HAS) et en y indiquant l'appartenance du produit au répertoire des génériques. La mesure d'application immédiate nécessite la révision du référentiel de certification par essai de type des logiciels d'aide à la prescription en médecine ambulatoire adopté par la HAS le 4 juin 2008. D'autre part, elle introduit dans le champ conventionnel la possibilité d'une aide à l'utilisation ou à l'acquisition d'un logiciel d'aide à la prescription certifié. Cette dernière mesure est reprise dans le texte conventionnel négocié en juillet 2011 à l'article 26.1 relatif à la valorisation de la qualité des pratiques en vue d'une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2012.

Art. 61: Encadrement des modalités de délivrance de la liste des produits et prestations (LPP)

La disposition votée introduit dans le code de la sécurité sociale un nouvel article permettant de fixer, par décret en Conseil d'État, les conditions générales de validité de la prescription et les modalités de délivrance des produits ou prestations remboursables, qui ne faisaient l'objet jusqu'alors d'aucun encadrement particulier contrairement aux médicaments. Un premier

projet de décret d'application a été établi en juillet 2011. Il sera soumis pour concertation aux professionnels de santé concernés au cours du 3^e trimestre 2011 avant la saisine du Conseil d'État. La publication du décret d'application est prévue pour la fin de l'année.

Art. 62: Rapport sur les franchises transmis avant le 30 septembre au Parlement

L'article prévoit que le rapport annuel sur l'application de la franchise prévu à l'article 52 de la LFSS pour 2008 soit remis au Parlement avant le 30 septembre. Il doit également permettre d'évaluer les conséquences de l'application de la franchise en termes d'accès aux soins.

Cette mesure, d'application directe, concernera le prochain rapport sur l'application de la franchise.

Art. 63: Mise sous entente préalable pour les services de soins et de réadaptation (SSR)

L'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale précise les modalités de mise en œuvre de la procédure d'accord préalable. La mise sous accord préalable consiste à subordonner à l'avis du service médical de l'assurance maladie la prise en charge de certaines prestations pour les actes relevant davantage, en application des recommandations de la HAS, d'une prise en charge en ambulatoire.

Le décret d'application n° 2011-955 du 10 août 2011 a pour objet de préciser la procédure contradictoire qui doit être mise en œuvre par le directeur général de l'agence régionale de santé lorsqu'il décide de mettre un établissement sous accord préalable.

La mise sous accord préalable cible les établissements hospitaliers se situant en dessous de la moyenne régionale pour la réalisation en ambulatoire des gestes chirurgicaux ou des actes de rééducation concernés par cette procédure. La mise sous accord préalable d'un établissement ne peut excéder une durée de six mois.

Art. 64: Date de passage à la facturation individuelle dans les établissements ex-dotation globale en fonction du calendrier de l'expérimentation

La mesure, qui prévoit la prolongation au 1^{er} janvier 2013 de la procédure dérogatoire de facturation des hôpitaux, est d'application directe.

Art. 65: Transfert de la gestion des contentieux transfusionnels de l'EFS à l'ONIAM

Cet article aménage sur plusieurs points le régime d'indemnisation des victimes du virus de l'hépatite C par l'ONIAM prévu par l'article 67 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Il met ainsi expressément à la charge de l'office les frais des expertises menées aux fins d'apprécier le droit à cette indemnisation, déchargeant ainsi la victime de toute avance en la matière ; il inscrit parallèlement dans ses recettes le remboursement de ces frais et des indemnités qu'il a versées par l'organisme sur lequel repose la charge finale de ces dépenses ; il donne à l'office les moyens de mener toutes investigations nécessaires sans que le secret professionnel ne puisse lui être opposé ; il prévoit que la transaction intervenue entre l'office et la victime ou ses ayants droit est opposable à l'assureur quelles que soient les clauses du contrat d'assurance ou, le cas échéant, au responsable des dommages, de sorte que l'assureur et le responsable des dommages ne peuvent contester que le principe de la responsabilité ou le montant des sommes réclamées

devant le juge et que la décision de ce dernier n'est pas susceptible de remettre en cause le montant des indemnités allouées à la victime et à ses ayants droit.

Ces dispositions sont d'application immédiate et ne nécessitent pas de texte d'application.

Art. 66: Extension de la RCM aux sages femmes

Cette disposition qui étend aux sages-femmes le régime d'intervention de l'ONIAM en cas de dommages causés par les médecins libéraux à l'occasion d'un acte de naissance, est d'application directe.

Art. 68: Optimisation du processus de convergence tarifaire

Il était précisé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 que « le processus de convergence était orienté vers les tarifs des établissements mentionnés au d de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ». Étaient ainsi visés les tarifs des cliniques privées, considérés par l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) dans son rapport de janvier 2006 comme ceux des établissements les plus efficaces.

S'il est exact que les tarifs des établissements privés anciennement placés sous le régime de l'objectif quantifié national (« ex-OQN ») sont dans l'ensemble plus bas que ceux des établissements publics et privés à but non lucratif, cela n'est pas systématiquement le cas à l'échelle d'une prestation. Or l'objectif poursuivi par le législateur est de tendre vers le tarif le plus bas ou le plus efficace, qu'il s'agisse du tarif des établissements publics ou celui des établissements privés.

L'objectif initial du législateur ne pouvait donc être atteint complètement que si l'article 33 mentionnait le tarif le plus efficace en tant que tel, sans imposer que ce tarif ne puisse être que celui des établissements privés.

Cette mesure ne nécessite pas de texte d'application spécifique. Elle a trouvé sa traduction dans l'arrêté fixant pour l'année 2011 les tarifs T2A, selon des modalités qui seront précisées dans le rapport au Parlement relatif à la convergence tarifaire.

Art. 69: Prise en compte de différences de charges sociales et fiscales dans le cadre de la convergence tarifaire des établissements de santé

Cet article est d'application directe.

Art. 70: Distinction au sein de l'OQN et de l'ONDAM des dépenses afférentes aux catégories d'activités soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie

Dans la perspective d'une extension de la tarification à l'activité aux activités de soins de suite et de réadaptation, il était nécessaire de connaître, au sein des objectifs dans lesquelles ces activités sont suivies, l'« OQN » et l'« ODAM », les montants afférents à chaque grande catégorie d'activités qui y composent ces objectifs.

Cet article 70 introduit donc une mesure visant à modifier les articles L.162-22-2 et L.174-1-1 du code de la sécurité sociale afin que soit désormais distinguée, au sein de ces objectifs, la part afférente aux activités de soins de suite et réadaptation de celle afférente aux activités de psychiatrie.

Les deux arrêtés du 28 février 2011 fixant, pour l'année 2011, l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2 du même code ont donc précisé les montants afférents à chacune de ces catégories d'activité.

Art. 72: Rectification de l'article 47 de la LFSS pour 2010

L'article 47 de la LFSS pour 2010 a prévu, à l'instar du dispositif de régulation de la liste en sus ou du dispositif de régulation des transports de l'article 45 de la LFSS pour 2010, une régulation des dépenses de médicaments prescrits à l'hôpital et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville passant par un mécanisme de contractualisation entre ARS, assurance maladie et établissements de santé.

L'article 72 modifie l'article 47 de la LFSS pour 2010 en étendant le champ de la régulation :

- aux produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 (dispositifs médicaux), à l'exception des dispositifs médicaux implantables ;
- aux établissements de santé privés.

L'application de ces dispositions a été précisée par le décret n° 2011-453 du 22 avril 2011.

Ce décret précise les objectifs, les modalités d'élaboration et de conclusion du contrat, prévu par l'article 72 de la LFSS pour 2010, entre l'agence régionale de santé et les établissements de santé. Il définit également la procédure et les modalités de sanction si l'établissement de santé refuse de signer ce contrat ou ne respecte pas les engagements du contrat. À l'inverse, il prévoit également les modalités du reversement éventuel d'une fraction des économies réalisées au-delà des engagements dudit contrat.

À titre transitoire pour 2011, et afin de respecter le principe de non-rétroactivité en matière de sanction, le taux d'évolution des dépenses pour 2011, fixé par l'arrêté du 26 avril 2011, ne concerne que l'évolution des trois derniers trimestres 2011 par rapport aux trois derniers trimestres de 2010, et pour les seules dépenses de médicaments. À partir de 2012, le taux pour l'année considérée sera fixé avant le 31 décembre de l'année précédente pour l'ensemble des dépenses du champ.

Art. 77: Cumul des revenus d'une activité non salariée avec une pension d'invalidité servie par le régime général

Cette mesure a procédé à l'abrogation de l'article L. 341-10 du code de la sécurité sociale, afin d'améliorer la situation des anciens salariés du régime général ou de la MSA titulaires d'une pension d'invalidité, en cas de reprise d'une activité non salariée.

En effet, les règles qui encadraient la possibilité de cumuler une pension d'invalidité et les salaires ou gains de l'assuré étaient différentes selon que ces derniers provenaient d'une activité salariée ou d'une activité non salariée.

Le bénéficiaire d'une pension d'invalidité qui souhaitait reprendre une activité non salariée ne pouvait pas cumuler son nouveau revenu avec sa pension jusqu'au niveau de son ancien salaire, contrairement à ce qui était possible en cas de reprise d'une activité salariée.

L'objectif était donc de procéder à un alignement de ces règles de cumul, quelle que soit la nature de l'activité.

Un décret en Conseil d'État était nécessaire pour modifier la réglementation et préciser en particulier comment les revenus nets non salariés pouvaient être utilement comparés à d'anciens salaires bruts. Il s'agit du décret n° 2011-615 du 31 mai 2011 relatif à la suspension du service de la pension d'invalidité en cas de reprise d'une activité professionnelle non salariée. Il détermine notamment un coefficient de 1,25 pour reconstituer, de façon conventionnelle, un revenu brut tiré de l'activité professionnelle non salariée, comparable au salaire brut antérieur à la mise en invalidité.

Art. 78: Sécurisation du financement des GEM et des MAIA

Cet article a permis d'assurer le financement pérenne des groupements d'entraide mutuelle (GEM) et des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) et de poser le principe de la compétence des agences régionales de santé (ARS) sur ces dispositifs n'entrant pas dans la catégorie des établissements et services médico-sociaux.

Les GEM sont des structures de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société prévues par les articles L 114-1-1 et 114-3 du CASF. Les MAIA ont pour objectif d'améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge des malades d'Alzheimer et des personnes âgées en perte d'autonomie et relèvent de l'article L 113-1 du CASF. L'article 78 a conditionné les missions des MAIA à un cahier des charges fixé par décret simple. Ce projet de texte a été soumis aux consultations obligatoires (commission consultative de l'élaboration des normes le 7 juillet 2011, Haut comité des professions paramédicales le 13 septembre 2011), soumis au contreseing et est en instance de publication.

Leur financement est désormais assuré par une fraction de la cotisation de solidarité pour l'autonomie (CSA) dans les conditions prévues à l'article L 14-10-5 que la CNSA délègue directement aux ARS.

Pour l'année 2011, l'arrêté interministériel visant à répartir la dotation de la CNSA aux ARS a été publié le 4 mars 2011 et fixe explicitement les montants dévolus aux GEM (27 M€) et aux MAIA (11,95 M€) et une circulaire précisant les modalités de délégation de ces crédits par région ainsi que les conditions de suivi de ces derniers.

Art. 79: Rapport public sur la fongibilité dans le médico-social

Cet article prévoit que l'objectif global des dépenses relatif au financement des établissements et services médico-sociaux peut être corrigé en fin d'année en fonction des éléments d'information relatifs aux changements de régimes de financements des établissements et des règles de tarification intervenues en cours d'année. Il complète la modification introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 en imposant la rédaction d'un rapport public explicitant la nature des montants concernés et permettant d'informer les parlementaires sur leur prise en compte en augmentation ou minoration du montant des sous objectifs personnes âgées et personnes handicapées de l'ONDAM qu'ils ont voté.

L'année 2011 est le premier exercice de rédaction de ce rapport qui doit être transmis au Parlement pour le 1^{er} octobre.

Art. 80: Prolongation de l'expérimentation médicament dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

La disposition votée prolonge de 2 ans (jusqu'au 1^{er} janvier 2013) l'expérimentation de l'intégration des dépenses de médicament dans les forfaits de soin des EHPAD. D'application directe, la mesure permet de prendre en compte l'évolution du contexte réglementaire (comme la transmission aux caisses des listes de résidents et la mise en place de contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins) afin de comparer l'efficacité des différentes modalités d'action possibles et de sélectionner la plus à même d'améliorer la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées en EHPAD.

Art. 81: Référentiel PATHOS et ARS

Cette mesure votée contient deux dispositions. La première permet d'asseoir la compétence juridique des médecins des agences régionales de santé (ARS) sur le contrôle et la validation des analyses transversales réalisées à partir du référentiel PATHOS par les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Elle est d'application directe.

La seconde modifie les voies de recours en cas de litige sur la validation des évaluations à partir des référentiels AGGIR et PATHOS devenues caduques avec la réorganisation territoriale consécutive à la loi HPST créant les ARS. Elle donne une base légale à la mise en place de commission régionale de coordination médicale qui traitera les recours pré-contentieux relatifs aux validations ci-dessus mentionnées. Cette disposition nécessite un décret en conseil d'État dont la publication est prévue d'ici la fin de l'année 2011.

Art. 82: Report de la date de la constitution de pharmacies à usage intérieur (PUI) dans les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)

La mesure votée permet à un GCSMS de constituer une pharmacie à usage intérieur au bénéfice de ses membres. Cette mesure, d'application directe, permet qu'un tel groupement puisse faire état de son expérience dans le cadre de l'expérimentation prolongée à l'article 80, afin que ce scénario puisse être pris en compte parmi les différentes actions possibles pour améliorer la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées en EHPAD.

Art. 84: Maintien des IJ maladie pendant les périodes de reconversion professionnelle

Cette mesure, d'application directe, permet de maintenir le droit aux indemnités journalières de maladie, d'accident du travail ou de maladie professionnelle aux assurés qui souhaitent durant leur arrêt de travail suivre des actions de formation professionnelle continue (ex: bilan de compétence) ou des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information ou de conseil. L'objectif est de susciter une dynamique de réinsertion professionnelle plutôt que de laisser, comme c'est le cas aujourd'hui, les assurés dans l'inactivité, avec le risque d'être licenciés ou de devenir invalides.

La mise en place de ce dispositif nécessite l'accord de la personne, du médecin traitant et du médecin conseil.

Art. 85: Dotation annuelle du FIQCS, du FMESPP, de l'ONIAM, de l'EFS et des ARS

Cet article fixe pour 2011 les montants de participation des régimes d'assurance maladie pour le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), le montant de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), et les agences régionales de santé (ARS).

Le montant de la dotation allouée au FMESPP par l'assurance maladie s'élève à 347,71 M€. L'arrêté du 28 février 2011 (JO du 9 mars) en fixe la répartition entre les différents régimes.

Le montant de la dotation allouée au FIQCS par les régimes d'assurance maladie est fixé à 250 M€ qui sera réparti entre les quatre principaux régimes d'assurance maladie par un arrêté à paraître en fin d'année. Le montant maximal des dépenses autorisées sur ce fonds est fixé à 296 millions d'euros pour l'année 2011 en intégrant les excédents issus du fonds de roulement.

La dotation de l'ONIAM est fixée à 10 M€.

La dotation de l'EFS, établissement français du sang, a été fixée à 35 M€ pour 2011.

Concernant les ARS, la participation de l'assurance maladie atteint 151 M€ au titre de leur budget de gestion et 40 M€ au titre de leurs actions de prévention. La loi introduit pour la première fois la participation de la CNSA au financement des ARS au titre des actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées ; elle s'élève à 52 M€ en 2011.

Art. 87: Bilan d'activité du FIQCS et du FMESPP au Parlement

Le I prévoit que le bilan d'activité du FIQCS soit transmis au Parlement avant le 1^{er} septembre par le conseil national de la qualité et de la coordination des soins après présentation par le comité national de gestion (second alinéa du V de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale). Compte tenu du calendrier prévisionnel de réunion de ces deux instances, un rapport sera remis ultérieurement.

Le II prévoit que le rapport annuel du FMESPP ainsi que l'avis de la commission de surveillance du FMESPP sont transmis au Parlement avant le 1^{er} octobre de chaque année. Il est prévu que la commission de surveillance se réunisse mi-septembre, notamment pour rendre un avis sur le projet de rapport annuel remis par la caisse des dépôts et consignations et permettre ainsi la transmission de ce rapport dans les délais impartis.

Art. 88: Fongibilité FIQCS/FMESPP

Le 1^o du I de l'article étend le périmètre des opérations financées par le FMESPP au financement des actions visant à améliorer la performance hospitalière et le II crée une part régionale du FMESPP à la main des ARS. Le décret simple d'application de ces dispositions est en cours d'élaboration et devrait être publié d'ici la fin de l'année.

Le 2^o du I et le III introduisent une fongibilité entre crédits des parts régionales du FIQCS et du FMESPP, en complétant les dispositions de l'article 40 de la LFSS pour 2001 relatives au FMESPP et de l'article L.221-1-1 du code de la sécurité sociale relatives au FIQCS. Ce dispositif permet aux directeurs généraux des agences régionales de santé de pouvoir utiliser des crédits initialement attribués à l'un des deux fonds pour abonder l'autre. La définition des modalités de mise en œuvre de la fongibilité entre crédits issus du FMESPP et du FIQCS a fait l'objet d'une instruction aux ARS, validée par le conseil national de pilotage des ARS du 13 juillet 2011.

La mise en œuvre effective de cette fongibilité a été conduite de la manière suivante :

- concernant les crédits FMESPP fongibles, ils ont fait l'objet d'une délégation unique par le biais d'une circulaire datée du 22 avril 2011, qui explicite les principes de la fongibilité intra FMESPP et entre le FMESPP et le FIQCS ;
- les crédits FIQCS fongibles ont été notifiés aux régions par courrier en date du 11 février 2011 en précisant les orientations stratégiques du fonds ;
- enfin, une instruction en date du 25 juillet 2011 relative aux modalités pratiques de mise en œuvre de cette fongibilité inter fonds est venue préciser les modalités de gestion et de suivi des opérations entrant dans le cadre de cette fongibilité.

Le 3^o du I prévoit expressément que les crédits issus de la déchéance du FMESPP viennent en déduction du fonds de l'année de la constatation des crédits déchus. Cette disposition assoit juridiquement l'option retenue dans le cadre de la LFSS pour 2011 (article 6), qui avait déjà rectifié le montant du FMESPP 2010 des crédits déchus constatés sur cet exercice.

Section III - Dispositions relatives aux dépenses d'accidents de travail et de maladies professionnelles

Art. 92: Prescription des actions en indemnisation devant le FIVA

Cet article fixe le délai de prescription des droits à l'indemnisation des préjudices par le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) à dix ans à compter de la date du certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante.

Cette disposition est d'application directe.

Art. 93: Mise à la charge de l'employeur des frais de santé en cas de travail dissimulé et élargissement du champ d'application du régime de pénalités en cas de fraude aux AT

Cet article élargit le champ d'application des dispositifs de sanction existants afin de permettre aux organismes de sécurité sociale de pouvoir mieux appréhender et sanctionner les fraudes commises par les employeurs au détriment de la branche AT-MP.

L'article L.471-1 du code de la sécurité sociale a été modifié de manière à mettre à la charge de l'employeur l'ensemble des frais (soins, indemnités journalières, rentes, etc.) dès lors que le salarié victime de l'accident de travail se trouvait en situation de travail dissimulé. Cette disposition vient compléter la législation en vigueur qui prévoit déjà ce type de sanction en cas d'emploi d'un travailleur étranger sans titre de séjour ou de travail, ou en cas de défaut de déclaration de l'accident de travail. Elle est d'application immédiate.

Par ailleurs, le champ d'application du dispositif des pénalités administratives défini à l'article L.162-1-14 du code de la sécurité sociale a été étendu, afin que les organismes puissent sanctionner les manœuvres déclaratives frauduleuses d'employeurs visant à minorer les taux de cotisations accidents de travail applicables. La mise en œuvre de cette mesure est conditionnée par la prise d'un décret, actuellement en cours de finalisation, qui devrait être publié d'ici à la fin de l'année 2011.

Art. 94: Extension de la coordination inter-régimes en matière d'assurance invalidité au calcul des pensions

Cet article institue le principe d'une coordination entre régimes d'invalidité pour le calcul de la pension qui sera servie à un assuré qui a relevé, au cours de sa carrière, de plusieurs régimes de sécurité sociale. La loi renvoie ainsi à un décret en Conseil d'État le soin de fixer les conditions dans lesquelles sont calculés ces droits à pension, lorsque le montant de cette prestation représente une fraction d'un revenu annuel moyen correspondant aux dix années civiles d'assurance les plus avantageuses (ce qui est le cas aujourd'hui du régime général, du régime des salariés agricoles et du régime social des indépendants).

Le projet de décret fait actuellement l'objet de travaux complémentaires, notamment d'une consultation juridique. Les régimes concernés ont fait part de contraintes techniques risquant de rendre la mise en œuvre de ce projet délicate. Les solutions visant à résoudre ces difficultés sont à l'étude.

Art. 95: Partenariat CARSAT et services de santé

Cet article prévoit la conclusion de conventions entre les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et les services de santé au travail. Ces conventions soumises à l'avis préalable de l'autorité administrative fixent les modalités des actions conjointes ou complémentaires conduites par les services de santé au travail et les services de prévention des risques professionnels dans le respect de leurs missions respectives.

Cette mesure est d'application immédiate et ne nécessite pas de texte d'application.

Art. 96: Mise en place du dispositif des aides financières simplifiées en agriculture

La mesure de l'article 96 permet de faire bénéficier aux entreprises agricoles d'une subvention dans les conditions définies par arrêté et éligibles au programme de prévention défini par la caisse centrale de la mutualité agricole après avis des comités techniques de prévention ; programme qui précisera les risques professionnels et les catégories d'entreprises éligibles, ainsi que les montants financiers susceptibles d'être alloués.

Cette mesure a été débattue par les partenaires sociaux agricoles signataires de l'accord national sur les conditions de travail en agriculture du 23 décembre 2008, qui ont entendu encadrer par le seul niveau national les conditions d'éligibilité des entreprises et en simplifier l'accès.

Il est également envisagé de rendre les majorations de cotisation réellement plus dissuasives, comme pour le régime général dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, en renforçant le dispositif d'incitation financière par des mesures d'injonctions plus efficaces.

Une majoration de la cotisation sera également due par un établissement d'une entreprise sans lui adresser une injonction préalable dès lors qu'une situation de risque exceptionnel aura déjà fait l'objet d'injonctions à cet établissement ou à un autre établissement de l'entreprise. Les situations de risque exceptionnel seront définies par arrêté.

Art. 97: Versement annuel de la branche AT-MP du régime général à l'assurance maladie du même régime

Cet article fixe, pour 2011, le montant de ce versement à 710 M€. Cette disposition est d'application immédiate.

Art. 98: Financement par le FCAATA du départ anticipé à la retraite des bénéficiaires de l'ACAATA

L'article 87 la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites prévoit, pour les allocataires du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), le maintien des bornes d'âge de la retraite antérieures à la réforme, soit un âge légal de retraite à 60 ans et un âge de départ en retraite au taux plein à 65 ans. Il modifie à cet effet l'article 41 de la loi du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 instituant l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante.

Cet article prévoit un versement du FCAATA aux régimes de retraite obligatoires de base destiné à financer les dépenses supplémentaires qui en résultent.

Cette disposition est d'application immédiate et ne nécessite pas de texte d'application.

Art. 99: Dotations annuelles du FCAATA et du FIVA

Cet article fixe, pour 2011, à 890 M€ le montant de la dotation au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et à 340 M€ le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Ces dispositions sont d'application immédiate et ne nécessitent pas de texte d'application.

Art. 100: Contribution de la branche AT-MP à la branche vieillesse (pénibilité)

Cet article fixe, pour 2011, le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général aux dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à raison de la pénibilité à 35 M€.

Cette disposition est d'application immédiate et ne nécessite pas de texte d'application.

Art. 101: Dotation AT-MP au fonds national pénibilité

En son article 86 II, la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a créé jusqu'au 31 décembre 2013 auprès de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés un fonds national de soutien relatif à la pénibilité. Ce fonds est destiné à contribuer aux actions mises en œuvre par les entreprises couvertes par un accord collectif de branche ou d'entreprise créant un dispositif d'allègement ou de compensation de la charge de travail des salariés occupés à des travaux pénibles. Les recettes de ce fonds sont constituées par une dotation de l'État et une dotation de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), qui ne peut être supérieure à celle de l'État.

Cet article fixe à 10 M€ le montant de la dotation de la branche AT-MP à ce fonds. Cette disposition est d'application immédiate

Section IV - Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Art. 103: Suppression de la possibilité d'une rétroactivité de 3 mois de l'effet des aides personnelles au logement

Cet article supprime les dispositions des articles L. 542-2 et L. 831-4-1 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 351-3-1 du code de la construction et de l'habitation qui prévoyaient respectivement pour l'allocation de logement familiale (ALF), l'allocation de logement social (ALS) et l'aide personnalisée au logement (APL) la possibilité de rétroagir sur trois mois lors de la demande d'aide au logement, si le bénéficiaire remplit les conditions d'ouverture de droit. Ainsi, une aide personnelle au logement (ALF, ALS ou APL) ne peut plus être versée au titre des 3 mois précédant la demande de l'allocataire si les conditions d'ouverture sont remplies à cette date.

Cette mesure est d'application directe.

Art. 104: Confirmation que les assistantes maternelles exerçant en maison d'assistantes maternelles peuvent bénéficier du prêt à l'amélioration de l'habitat

L'article 104 prévoit que désormais les organismes débiteurs des prestations familiales peuvent accorder des prêts à l'amélioration du lieu d'accueil aux assistants maternels exerçant à domicile mais également au sein d'une maison d'assistants maternels.

Cette mesure nécessitait des dispositions réglementaires pour son application. Le décret n° 2011-975 du 16 juillet 2011 paru au Journal officiel du 18 juillet 2011 détermine :

- le montant maximal: prêt accordé à une personne physique d'un montant de 10 000 euros maximum;
- l'échéancier: 120 mois maximum, ce qui correspond à 10 ans maximum pour le remboursement, dans la limite de 80 % des travaux;
- les travaux éligibles;
- le public concerné.

Ce décret prend effet au 1^{er} septembre 2011. Une circulaire ministérielle est en cours de signature.

Section V - Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Art. 109: Transfert au FSV du financement du minimum contributif versé par le régime général la CCMSA et le RSI

L'article 109 prévoit qu'à compter de 2011, le FSV prend en charge une partie des dépenses engagées par le régime général et les régimes alignés au titre du minimum contributif, lequel contribue à améliorer le niveau de pension des retraités les plus modestes. Ce transfert, permis par l'affectation de ressources nouvelles au FSV dans le cadre de la réforme des retraites, constitue une étape supplémentaire en faveur de la clarification du financement des avantages vieillesse relevant d'une logique de solidarité intra-générationnelle.

Le montant du transfert est fixé tous les ans par la loi de financement de la sécurité sociale.

Art. 110: Application du plafonnement du minimum contributif au régime des cultes

L'article 110 étend à la CAVIMAC (caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes) la réforme du minimum contributif adoptée au régime général qui prévoit, pour l'attribution de ce minimum, la prise en compte des pensions servies par les autres régimes de façon à cibler les bénéficiaires sur les retraités ayant les plus faibles revenus. Cet article corrige ainsi une omission de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 qui n'avait pas rendu cette mesure applicable au régime des cultes, en dépit de l'alignement depuis 1998 des règles de ce régime sur celles du régime général. Cette mesure, d'application directe, entrera en vigueur pour le régime des cultes à la même date qu'au régime général, soit au 1^{er} janvier 2012.

Section VII - Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Art. 114: Sanction des activités rémunérées pendant les arrêts de travail en maladie

L'article 114 modifie les dispositions de l'article L. 323-6 et supprime, en cas d'inobservation des obligations auxquelles le service de l'indemnité journalière est subordonné, le principe de l'application d'une retenue, à titre de pénalité, de tout ou partie des indemnités journalières dues. Cet article prévoit désormais qu'en cas d'inobservation volontaire de ces obligations, le bénéficiaire restitue à la caisse les indemnités versées correspondantes. Il prévoit en outre la possibilité de prononcer des pénalités financières au sens de l'article L. 162-1-14 lorsque l'activité pratiquée par l'assuré durant son arrêt de travail a donné lieu à rémunération. Cet article est d'application directe.

Art. 115: Contrôle T2A: critère de gravité dans fixation de la sanction

L'article 115 modifie l'article L. 162-22-18 CSS en ajoutant le « caractère réitéré des manquements » dans les critères de modulation du montant de la sanction. Le projet de décret en Conseil d'État modifiant les dispositions relatives au contrôle de la tarification à l'activité dans les établissements de santé vise à introduire ce caractère réitéré dans les critères déterminant la sanction, est actuellement en contreseing.

Ce décret sera accompagné d'une circulaire relative aux nouvelles dispositions réglementaires du contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé qui explicitera aux ARS les cas où ce caractère réitéré peut être pris en compte (manquement sur les mêmes périmètres et avec un délai suffisant entre les deux constats).

Art. 116: Élargissement du droit de communication et sanction en cas de refus

Cette mesure complète l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale relatif à l'exercice du droit de communication en faveur des organismes de sécurité sociale à l'égard d'un certain nombre d'opérateurs privés.

Auparavant limité à la vérification des informations déclarées par les assurés et les allocataires, l'exercice du droit de communication a été élargi afin de permettre également aux organismes de sécurité sociale d'obtenir des informations sur des tiers soupçonnés de bénéficier indûment de prestations versées. Il s'agit par exemple de pouvoir identifier les mandataires des comptes bancaires de prestataires décédés continuant à percevoir frauduleusement des pensions. La mise en recouvrement de prestations indûment versées à des tiers s'en trouvera ainsi facilitée.

Par ailleurs la mesure vise à renforcer l'effectivité du droit de communication en introduisant une sanction en cas de refus, en l'espèce une amende pénale de 7 500 €. Elle prévoit en outre l'application de la procédure simplifiée de l'ordonnance pénale, afin d'assurer la célérité de la mise en œuvre de la sanction, tout en garantissant le respect des droits de la défense.

Cette mesure est d'application directe et les modalités de mise en œuvre de ces nouvelles dispositions sont précisées dans une circulaire ministérielle en date du 21 juillet 2011.

Art. 117: Obligation pour les auto-entrepreneurs de déclarer leur chiffre d'affaires, même nul

Initialement, le dispositif du régime micro-social simplifié n'imposait pas l'obligation d'effectuer une démarche déclarative en l'absence de chiffre d'affaires ou de recettes pour les entrepreneurs qui optent pour ce régime. Cet article prévoit l'obligation de déclarer un chiffre d'affaires nul.

D'application directe, cette mesure est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011. Un décret en Conseil d'État fixant les sanctions applicables en cas de non-respect de ces obligations déclaratives sera prochainement soumis à l'avis des organismes et publié.

Art. 118: Vérification de l'identité pour le bénéfice d'une prestation

Cette mesure complète une disposition générale prévue à l'article L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale qui permet aux organismes de sécurité sociale de solliciter l'assuré ou l'allocataire en vue d'obtenir divers justificatifs.

L'ajout introduit permet de subordonner très clairement le service des prestations à la confirmation par l'assuré de sa propre identité. Les conditions du droit aux prestations sont en effet bien rattachées à une personne déterminée, qui doit être en mesure de justifier son identité.

Une telle disposition renforcera la capacité des organismes à exiger la production des pièces d'identité les plus probantes dans le souci de prévenir les risques d'erreur ou de fraude.

Cette mesure est d'application directe, sachant qu'une circulaire relative à l'identification doit être prochainement finalisée, afin de préciser notamment les pièces pouvant être demandées par les organismes, conformément à la législation, dans le cadre de l'immatriculation et de l'affiliation des assurés sociaux.

Art. 119: Suppression de la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux qui ne respectent pas leurs obligations sociales

Les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés bénéficient d'une prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales personnelles par l'assurance maladie. Aucun dispositif ne permettait de suspendre la prise en charge des cotisations si le praticien ne respectait pas ses obligations vis-à-vis des organismes sociaux. Cette mesure vise à conditionner la prise en charge des cotisations par l'assurance maladie au respect des obligations de paiement de la part restant à la charge du praticien.

D'application directe, cette mesure est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

Art. 120: Notification de pénalités après avis conforme DG UNCAM

La procédure des pénalités financières a été introduite par la loi du 13 août 2004 et révisée par la LFSS pour 2009 pour permettre de sanctionner de manière réactive et efficace, grâce à une procédure pilotée par l'assurance maladie, les abus, fautes et fraudes aux prestations d'assurance maladie des employeurs, des professionnels de santé, des assurés, des établissements de santé et médico-sociaux.

L'article 120 introduit dans la procédure des pénalités l'avis conforme du directeur de l'UNCAM, ou de son représentant, avant la notification de la sanction.

Un projet de décret, actuellement en cours de contreseing, prévoit un délai d'un mois pour le directeur de l'UNCAM ou son représentant pour rendre son avis, avec avis favorable tacite en cas de non-réponse dans le délai imparti. En cas de fraude, le délai est ramené à quinze jours.

Toutefois, l'UNCAM applique déjà ses dispositions depuis le 1^{er} juillet 2011, date à laquelle ce décret aurait dû entrer en vigueur. En effet, le décret n° 2011-551 du 19 mai 2011 relatif aux procédures de fixation d'un objectif de réduction des prescriptions ou de mise sous accord préalable (MSAP) des médecins prévoit déjà l'avis conforme du directeur général de l'UNCAM pour la mise en œuvre de la procédure de MSAP.

Art. 121: Extension de l'opposition à tiers détenteur

L'article se borne à étendre la possibilité de recourir à la procédure d'opposition à tiers détenteur pour l'ensemble des organismes de recouvrement du régime général de la sécurité sociale pour le recouvrement de leurs créances de cotisations et contributions sociales à la procédure d'opposition à tiers détenteur instituée à l'article L.652-3 du code de la sécurité sociale et réservée jusque-là aux seules créances sur les cotisations personnelles des travailleurs indépendants et aux créances sur des employeurs faisant suite à un constat de travail dissimulé. Les décrets permettant sa mise en œuvre n'appelaient pas de modification du fait de cette extension.

Cette mesure est d'application directe.

Art. 122: Suppression de l'automaticité des remises de majorations pour travail dissimulé en cas de procédure collective

Cet article vise à restreindre la portée de la remise des pénalités, majorations de retard et frais de poursuite prévue par l'article L.243-5 du code de la sécurité sociale en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires. Ainsi si le passif déclaré résulte en tout ou partie du constat d'une infraction de travail dissimulé par dissimulation d'activité ou dissimulation d'emploi salarié, le redevable ne peut pas bénéficier de cette remise.

Cette mesure est d'application directe.

Art. 123: Articulation du contrôle URSSAF avec les compétences du RSI dans le champ ISU

Cet article vise à préciser les conditions dans lesquelles le contrôle de l'application de la législation de sécurité sociale par les travailleurs indépendants pour le recouvrement des cotisations et contributions sera réalisé par les inspecteurs du recouvrement par délégation du régime social des indépendants.

Cette mesure est d'application directe.

Art. 124: Sanction du non-respect de l'obligation de déclarer par voie dématérialisée

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a instauré une obligation de dématérialisation des déclarations de cotisations de sécurité sociale au-delà d'un seuil de cotisations, qui a été progressivement abaissé. Pour favoriser la généralisation de la dématérialisation, l'article 124 a instauré une sanction lorsque cette obligation n'est pas respectée, comme cela existe déjà pour l'obligation de paiement dématérialisé des cotisations.

Cette mesure est d'application directe.

Art. 125: Précision de la notion de résidence pour le minimum vieillesse

Lors de la réforme de simplification du dispositif du minimum vieillesse issue de l'ordonnance du 24 juin 2004, la notion de résidence en France mise en œuvre pour la nouvelle allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) n'a pas été étendue aux anciennes allocations composant le minimum vieillesse.

Cette absence de cadrage étant source à la fois de difficultés de contrôle et d'abus, l'article 125 prévoit d'aligner les conditions de contrôle de la condition de résidence de certaines des anciennes allocations composant le minimum vieillesse sur celles mises en place s'agissant de l'ASPA.

La lettre ministérielle du 7 avril 2011 précise la portée de cette mesure : les anciennes allocations composant le minimum vieillesse qui n'étaient pas jusqu'alors soumises à condition de résidence (majoration prévue à l'ancien article L. 814-2 du code de la sécurité sociale) ne sont pas impactées. La mesure ne s'applique qu'aux anciennes allocations comportant déjà une condition de résidence mais définie a minima. Dorénavant, l'allocataire devra résider en France plus de 6 mois, soit 180 jours, sur l'année civile.

B / MESURES DE SIMPLIFICATION EN MATIÈRE DE RECOUVREMENT DES RECETTES ET DE GESTION DES PRESTATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE

1. Mesures de simplification en matière de recouvrement

Le souci de favoriser le développement économique des entreprises en allégeant la charge que peuvent revêtir certaines formalités ou procédures et de tenir compte de la diversité de situation des employeurs au regard des règles régissant les prélèvements sociaux a conduit le Gouvernement à s'attacher à mener une démarche active de simplification, en particulier pour les entreprises de petite taille, les travailleurs indépendants et les particuliers. Ces travaux se sont largement structurés en 2011 autour des Assises de la simplification, qui se sont appuyées sur près de 570 entretiens menés au niveau local et ont abouti à 80 mesures présentées le 29 avril, et des propositions formulées par Jean-Luc Warsmann, président de la commission des lois de l'Assemblée nationale, qui a été chargé par le Président de la République d'une mission sur la simplification du droit au service de la croissance et de l'emploi et a rendu son rapport en juillet après une large concertation avec des acteurs de terrain.

D'une manière générale, les mesures de simplification s'ordonnent autour de trois axes principaux, avec pour trait commun la priorité donnée à la dématérialisation :

- le développement de titres simplifiés (dont les plus connus sont le CESU et PAJEMPLOI) ;
- la création de guichets uniques ;
- la mise en place de déclarations mutualisées et simplifiées et accessibles de manière dématérialisée.

A. Bilan des dispositifs des titres simplifiés

Ces dispositifs permettent de prendre en compte des publics ciblés qui méritent un traitement particulier au regard du poids des formalités administratives. Ils concourent également à la limitation du travail dissimulé et au développement de l'emploi. Leur utilisation (cf. tableau infra) se renforce chaque année.

1° La simplification de l'accès et de l'utilisation du chèque emploi service universel (CESU)

La loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne a renforcé le dispositif existant de chèque emploi service, créé en 1993, en instaurant un « chèque emploi service universel », permettant de rémunérer les services à la personne et reprenant le principe d'une déclaration simplifiée: le particulier adresse à un organisme unique, un centre national de traitement, un volet social complété d'un minimum d'informations relatives à l'emploi et la rémunération du salarié. Le CESU déclaratif est géré par la branche du recouvrement du régime général qui a désigné l'URSSAF de la Loire comme organisme gestionnaire.

Le CESU déclaratif permet avant tout aux particuliers de déclarer des salariés en emploi direct. Il constitue à la fois un instrument de simplification pour les déclarations sociales des particuliers employeurs, un outil d'amélioration de la couverture sociale des salariés et un instrument de développement très important de l'emploi dans les services à la personne en parallèle avec des avantages sociaux et fiscaux importants pour son utilisateur (notamment une réduction d'impôt ou un crédit d'impôt à hauteur de 50 % des dépenses).

Dans le cas de l'emploi direct d'un salarié à domicile, le particulier employeur qui utilise un CESU déclaratif indique la rémunération de son salarié sur un volet social adressé à un centre national de traitement. Ce dernier établit et adresse au salarié, pour le compte de l'employeur, une attestation d'emploi valant bulletin de paie. Ce centre national calcule en outre les cotisations sociales dues par l'employeur qui sont alors prélevées directement sur son compte.

En 2011 ce dispositif a bénéficié d'une promotion visant à accroître son niveau de dématérialisation, qui s'est fortement accru sur cette période pour atteindre 42 %.

Afin de faciliter encore l'accès à cet outil, la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit permet désormais aux utilisateurs d'adhérer au CESU déclaratif directement par internet et sans être obligé de passer par un organisme bancaire.

S'agissant du fonctionnement du dispositif, l'accent a été mis en 2011 sur la poursuite de l'amélioration de l'accueil téléphonique, grâce à une organisation répartissant les appels sur l'ensemble des URSSAF, ainsi que sur le développement de l'adhésion en ligne, au travers de démarches de communication en faveur de la dématérialisation auprès des cotisants et de la création de nouveaux services en ligne proposés sur internet aux employeurs et aux salariés.

Par ailleurs, les services à la personne peuvent être préfinancés en tout ou partie par des tiers, via des CESU « préfinancés ». Dans ce cas, les titres sont identifiés au nom du bénéficiaire et affichent une valeur définie. Ils peuvent s'en servir à rémunérer, au choix, un service prestataire fourni par un organisme agréé ou son salarié. Ces titres peuvent être attribués :

- par l'État, comme dans le cas du dispositif d'aide exceptionnelle de 200 € destiné à certains bénéficiaires des prestations sociales suivantes : allocation personnalisée d'autonomie (APA), complément du libre choix de mode de garde versé dans le cadre de la PAJE, allocation d'éducation de l'enfant handicapé (cf. décret du 29 avril 2009) ;
- par des collectivités locales, principalement dans le cadre de l'APA ;
- par des mutuelles, des associations ;
- enfin, par des entreprises ou des comités d'entreprises qui bénéficient à leur tour de dispositifs d'exonération : l'aide financière est exonérée d'impôt sur le revenu pour le bénéficiaire et l'entreprise qui accorde cette aide bénéficie de son côté d'un crédit d'impôt.

Le CESU préfinancé peut actuellement être utilisé comme moyen de paiement pour le versement de l'APA ou de la prestation de compensation du handicap (PCH). Afin de simplifier le paiement des cotisations sociales par les bénéficiaires de ces prestations, un dispositif qui a été envisagé permet aux départements de prendre en charge sous forme de « tiers payant » les cotisations dues par le bénéficiaire qui choisit de recourir directement à un salarié. Ce système permet aux départements de prendre directement en charge les cotisations plutôt que de verser un montant correspondant au bénéficiaire de l'aide qui doit ensuite les acquitter. Ils prennent en charge uniquement les cotisations correspondant aux heures de prestations effectivement réalisées et contrôlent mieux l'allocation de ces ressources. En outre, le nouveau dispositif sera également favorable aux bénéficiaires qui n'auront plus à faire l'avance des cotisations puis se les faire rembourser partiellement par les départements.

2° L'accroissement de la qualité de service pour les utilisateurs du dispositif déclaratif PAJEMPLOI

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a créé une « prestation d'accueil du jeune enfant » (PAJE). Pour simplifier les déclarations et les paiements de cotisations sociales des parents, bénéficiaires de cette prestation et employant un assistant maternel ou une garde d'enfant à domicile, un dispositif spécifique, PAJEMPLOI, a été mis en place, reposant sur un partenariat entre la branche famille et la branche du recouvrement du régime général.

Un centre national unique a été constitué au sein de l'URSSAF de Haute-Loire. Ce centre facilite les formalités pour les employeurs (il les immatricule, réceptionne leurs déclarations mensuelles, calcule les cotisations, déduit du montant des cotisations la prise en charge par les caisses d'allocations familiales au titre du complément mode de garde de la PAJE, enfin il leur adresse les décomptes de cotisations et les attestations fiscales permettant de bénéficier des réductions d'impôts) et gère également les relations avec les salariés en leur délivrant les bulletins de salaire.

Ce dispositif a achevé sa montée en charge, en se substituant à la quasi-totalité des comptes employeurs de droit commun. Il enregistre également le plus fort taux de dématérialisation (91 % de volets sociaux dématérialisés en 2010). Les services en ligne proposés sur internet aux parents employeurs et à leurs salariés sont particulièrement développés.

L'accroissement de la qualité de service, notamment pour les salariés, a conduit à améliorer l'information délivrée sur les bulletins de paie établis par le centre PAJEMPLOI. En outre, pour répondre aux besoins des parents employeurs, ceux-ci ont la possibilité de continuer d'utiliser le dispositif déclaratif PAJEMPLOI au-delà des 6 ans de l'enfant, lorsqu'ils cessent de bénéficier du CMG de la PAJE.

3° La montée en charge du Titre emploi-service entreprises (TESE)

La loi du 4 août 2008 de modernisation de l'économie a créé dans son article 55 un dispositif unique à destination des entreprises de 9 salariés au plus mais sans limitation d'effectif s'agissant de l'emploi de salariés occasionnels, qui s'est substitué aux titre-emploi entreprise (TEE) et chèque emploi pour les très petites entreprises (CETPE) à compter du 1^{er} avril 2009. Lors de cette réforme, la limite d'effectif pour l'emploi de salariés permanents a été portée de 5 à 9 salariés au plus.

Comme le TEE et le CETPE qu'il remplace, le TESE tient lieu de contrat de travail et de déclaration d'embauche et permet d'accomplir l'ensemble des déclarations sociales trimestrielles et annuelles auprès d'un des 3 centres nationaux institués au sein des URSSAF de Paris, Lyon et Bordeaux, spécialisés par professions. Il dispense l'employeur d'établir un bulletin de paie qui est réalisé par le centre national ; l'employeur règle l'ensemble des cotisations et contributions sociales sur la base d'un décompte établi par le centre national compétent. En outre, le TESE comporte une offre de service davantage simplifiée pour les entreprises qui emploient des salariés dans des conditions de paie simple (salariés non-cadres et qui relèvent du droit du travail ou lorsque la convention collective ne prévoit pas de régime de prévoyance).

Ce nouveau dispositif a permis de gagner en lisibilité et en qualité de service. Au cours de l'année 2011, l'information des utilisateurs du TESE a été renforcée pour faire clairement état des obligations légales et conventionnelles restant à leur charge même lorsqu'ils ont adhéré au TESE. En outre, des travaux sont en cours pour faciliter, lors de l'adhésion au TESE, l'affiliation à un organisme de retraite complémentaire obligatoire et pour orienter l'employeur dans la recherche de sa convention collective.

Son utilisation en 2011 (de l'ordre de 80000 volets sociaux par mois) est supérieure à celle du TEE et du CETPE qui lui préexistaient et son taux de dématérialisation approche les 80 %. Le nombre d'entreprises adhérentes devrait s'accroître en 2011 de plus de 10 % et reste concentré sur les plus petites entreprises.

4° L'harmonisation des offres de service à destination des associations

La loi du 19 mai 2003, issue d'une initiative parlementaire, a institué un « chèque-emploi associatif » (CEA), pour simplifier les déclarations sociales et les paiements pour les petites associations qui emploient des salariés. À l'origine fixée à un salarié temps plein, la limite d'effectif a été portée à 3 salariés par l'ordonnance du 18 décembre 2003 puis à 9 salariés par la loi d'initiative parlementaire du 16 avril 2008.

L'association dispose d'un carnet comportant des volets sociaux pour déclarer les emplois et rémunérations et de chèques pour payer, en net, la rémunération des salariés. Le CEA tient lieu de contrat de travail et un centre national de traitement, institué au sein de l'URSSAF d'Arras-Calais-Douai, calcule les cotisations et contributions dues et établit une attestation d'emploi pour les salariés.

Par ailleurs, l'ordonnance du 18 décembre 2003 a instauré un « service emploi association » - appelé également « Impact Emploi », pour les associations employant moins de 10 salariés. Ce service, différent de celui du CEA, constitue une aide à l'accomplissement des obligations déclaratives en matière sociale, à partir d'un logiciel de paie développé par la branche du recouvrement et mis gratuitement à la disposition de tiers de confiance, qui réalisent les formalités administratives pour le compte des associations. Ce dispositif est spécialement utilisé dans certains secteurs, notamment des associations sportives.

La coordination des deux dispositifs existants – CEA et Impact emploi – a été recherchée en 2011 en lien avec les orientations de la convention d'objectifs et de gestion de l'ACOSS, afin d'offrir à l'avenir un service unique de simplification pouvant comporter un volet d'assistance via des tiers de confiance dont Impact emploi a démontré l'intérêt, notamment pour les associations sportives.

Parallèlement, afin de simplifier le dispositif et en cohérence avec ce qui se pratique pour la plupart des autres titres simplifiés, l'obligation d'adhérer via un organisme bancaire a été supprimée par la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, ce qui favorise l'adhésion directement sur internet.

Cette même loi a procédé à un alignement de la situation des salariés rémunérés avec le CEA sur le droit commun en matière de congés payés, afin de faciliter la gestion des congés tant pour l'employeur que pour le salarié. Ainsi les employeurs n'auront plus à faire l'avance de l'indemnité de congés payés de 10 % chaque mois. Cette mesure entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Au cours du 4^e trimestre 2011, le centre national du CEA accompagnera les associations dans la mise en œuvre de cette réforme. En outre, les salariés percevront effectivement un salaire pendant la prise effective de leurs congés alors qu'actuellement, ils doivent provisionner mensuellement un dixième de leur salaire pour pouvoir se constituer une rémunération pour cette période.

Par ailleurs, des travaux sont actuellement menés pour améliorer la notoriété du dispositif, en lien avec les fédérations sportives.

5° Les autres dispositifs

À côté de ces principaux dispositifs simplifiés, il a été mis en place d'autres dispositifs plus limités dans leur champ :

- un guichet unique pour le recouvrement des seules cotisations et contributions de sécurité sociale dues en France pour l'emploi de tout professionnel taurin, quels que soient le lieu d'établissement de l'employeur et le lieu de travail des salariés. Ce dispositif a reçu une base réglementaire par un décret du 26 août 2004. Il est géré par l'URSSAF du Gard ;
- un titre emploi forain (TEF), déclinaison du TESE pour les entreprises exerçant la profession de forains (activités des parcs d'attractions et parcs à thèmes et autres activités récréatives et de loisirs), ne relevant d'aucune convention collective nationale, d'au plus 9 salariés, quelle que soit la durée annuelle d'emploi de ces salariés et voulant déclarer tout emploi occasionnel. Il simplifie encore davantage les formalités pour cette profession. Il est géré par l'URSSAF du Rhône dans le cadre du dispositif TESE. L'extension de la notion de CDD d'usage à de nouvelles catégories d'emplois dans le secteur forain a permis une simplification accrue des obligations déclaratives sur les formulaires du titre emploi forain dont la nouvelle version est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2010 ;

- le titre emploi-simplifié agricole (TESA) géré par la MSA, qui simplifie les formalités liées à l'embauche et à l'emploi des salariés sous contrat de travail à durée déterminée, inférieur ou égale à trois mois, dans le secteur agricole ;
- le titre de travail simplifié (TTS), mis en place par la loi d'orientation pour l'outre mer du 13 décembre 2000 dans ces départements ainsi qu'à Saint-Pierre et Miquelon et fonctionne sur le même principe que le chèque emploi-service universel, géré par les caisses générales de sécurité sociale et réservé à ces zones. Comme pour les autres titres, il vise notamment à faciliter les emplois de courte durée et lutter contre le travail non déclaré. L'utilisation de ce dispositif reste très réduite : il compte environ 200 employeurs utilisateurs par mois. Ainsi il est prévu dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) de l'ACOSS pour la période 2010-2013 que soit étudiée la faisabilité de l'intégration du TTS dans le TESE et le CESU et de l'extension du chèque-emploi associatif aux DOM.

Tableau récapitulatif de la montée en charge des principaux dispositifs

	Adhérents			Salariés concernés		
	Juillet 2009	Juillet 2010	Juillet 2011	Juillet 2009	Juillet 2010	Juillet 2011
CESU	1 259 100	1 405 131	1 396 616	647 088	698 661	685 056
PAJEMPLOI	985 858	1 053 360	1 087 931	352 111	374 505	386 742
CEA	58 760	67 904	75 634	175 207	221 694	265 084
TESE	149 100	170 494	189 854	358 164	463 467	574 400
GUSO	474 907	511 818	546 252	229 605	245 457	261 554
TESA (agricole)	47 275	47 500	48 078	377 998	387 448	390 007

Sources : ACOSS, Pôle emploi (GUSO), CCMSA (TESA)

B. Les guichets uniques de recouvrement

En dehors des centres gérant l'ensemble des démarches des utilisateurs des titres simplifiés décrits ci-dessus, plusieurs guichets uniques importants ont été créés pour des publics particuliers, travailleurs indépendants comme employeurs

1° L'interlocuteur social unique (ISU) pour les travailleurs non salariés

Depuis le 1^{er} janvier 2008, les 1,6 million d'artisans et commerçants disposent d'un interlocuteur social unique (ISU). Cette réforme contribue fortement à la réforme du système de couverture sociale des professions artisanales, industrielles et commerciales⁽¹⁾, par l'instauration d'un guichet social unique pour le recouvrement de l'ensemble de leurs cotisations et contributions sociales dues à titre personnel. Elle s'accompagne d'une réforme des modalités de recouvrement.

L'ISU fait intervenir de manière étroite les caisses du RSI et les URSSAF. Ainsi, le recouvrement des cotisations et contributions sociales est assuré à la fois par les caisses locales du RSI et les URSSAF, celles-ci agissant alors pour le compte et sous l'appellation du RSI. Une répartition précise des compétences a été déterminée entre les deux réseaux par le décret n° 2007-703 du 3 mai 2007.

Les caisses locales du RSI assurent l'affiliation des artisans et des commerçants, leur accueil et leur information, ainsi que la collecte et le traitement de la déclaration commune de revenus.

(1) L'ISU ne concerne que les professions artisanales, industrielles et commerciales ; les professions libérales n'entrent pas dans le champ de cette réforme. Ces dernières continuent à s'adresser à l'URSSAF pour les cotisations d'allocations familiales, la CSG et la CRDS, au RSI pour la cotisation maladie (le service des prestations maladie reste délégué aux organismes conventionnés mutualistes ou assureurs) et à la CNAVPL ou la CNBF pour la cotisation retraite.

Par ailleurs, le RSI définit les orientations nationales du contrôle et du recouvrement amiable et contentieux. Il effectue le recouvrement amiable des cotisations et contributions au-delà du trentième jour suivant la date d'exigibilité à la suite des URSSAF et le recouvrement forcé et contentieux. À ce titre, c'est lui qui transmet la mise en demeure et la contrainte. Il gère également la trésorerie du régime. Il a en charge la commission de recours amiable et la gestion du fonds d'action sociale. Les URSSAF, quant à elles, assurent pour le compte et sous l'appellation du RSI, l'ouverture et la gestion des comptes, l'appel et l'encaissement des cotisations et contributions sociales qui seront ensuite centralisées par l'ACOSS et transférées à la caisse nationale du RSI. En fonction de conventions signées au niveau local, les URSSAF participent à l'accueil et à l'information de l'artisan et du commerçant, pour le compte et sous l'appellation du RSI. Elles sont aujourd'hui chargées du recouvrement amiable et enfin assurent le contrôle.

Par ailleurs, afin de permettre un traitement harmonisé par les deux réseaux des dossiers des travailleurs indépendants en matière de recouvrement amiable et contentieux ainsi qu'en matière de contrôle, de nouvelles instances de coordination ont été instituées aux niveaux national et local.

Enfin, la mise en place de l'ISU s'est accompagnée d'une simplification des modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants. Cette simplification consiste à recadrer le schéma de recouvrement des cotisations et contributions sociales sur l'année civile et à appliquer le rythme et la date de paiement choisis par le cotisant à l'ensemble de ses cotisations et contributions sociales. Le cotisant reçoit un seul avis d'appel de cotisations et contributions et un même échéancier de paiement regroupe dorénavant toutes les cotisations et contributions sociales.

Malgré les travaux préalables effectués, des difficultés, liées notamment à la nécessité de développements plus importants que prévus des systèmes d'information, ont touché dès la première année de mise en œuvre un pourcentage réduit des cotisants. Toutefois, la très grande majorité des intéressés a pu bénéficier d'une offre de service d'une qualité satisfaisante.

Le gouvernement a marqué sa volonté de ramener au plus vite la situation à la normale, notamment par le plan d'actions de résorption des anomalies informatiques, annoncé le 24 février 2010 par MM. Woerth et Novelli qui a conduit les deux réseaux à mettre en place rapidement les développements nécessaires à la résorption des anomalies accumulées depuis la création de l'ISU. A cette occasion, une aide complémentaire a été allouée en 2009 au RSI dans le cadre de l'avenant n° 2 à la convention d'objectifs et de gestion pour 2007-2011 liant l'État et de le RSI afin d'assurer la réalisation d'un plan de résorption des dysfonctionnements et des retards. Le processus d'affiliation des travailleurs indépendants a aussi été révisé à cette occasion.

Toutefois le Gouvernement constate qu'en 2011 la relation avec nombre d'assurés reste dégradée, notamment en raison des retards accumulés dans la gestion des dossiers, et la lourdeur de certaines opérations qui requièrent des vérifications spécifiques sans que les systèmes d'information le permettent de manière automatique. Aussi le gouvernement a-t-il arrêté, avec la caisse nationale du RSI et l'ACOSS, un nouveau plan d'action détaillé présenté par le Ministre du Travail, de l'emploi et de la Santé le 12 septembre 2011 afin d'accélérer les travaux en cours dans la perspective d'une gestion souple et automatisée dès le début 2012 pour l'ensemble des entrepreneurs. Ce nouveau plan d'action vise avant tout à améliorer les relations avec les assurés. Il s'accompagne de moyens importants sous forme de recours temporaire à des effectifs surnuméraires afin d'accroître sensiblement l'accueil téléphonique et améliorer les délais de traitement des réclamations. En outre, une nouvelle offre de services en ligne aux cotisants va être déployée dès la fin 2011 pour éviter aux assurés de devoir demander des informations par téléphone. Un accent particulier sera mis sur la simplicité, la transparence et la lisibilité dans les relations avec les assurés.

L'amélioration pérenne de la situation de l'ISU suppose la construction d'un système fiable permettant aux processus entre les deux régimes de fonctionner correctement et en toute sécurité.

Tous les dysfonctionnements sont identifiés et les travaux en vue de leur résolution progressive continuent de faire l'objet d'un suivi attentif de la part des pouvoirs publics.

2° Le centre national des firmes étrangères (CNFE)

Un guichet unique des entreprises étrangères sans établissement en France et qui y emploient du personnel salarié a été institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 du 18 décembre 2003. Les entreprises étrangères étaient toutefois gérées dans le cadre du système déclaratif de droit commun, peu adapté pour des entreprises familiales d'un système de « facturation ». Pour cette raison, les entreprises concernées omettent de signaler la disparition de leur activité ou qu'elles n'ont plus de salarié en France, ce qui génère des taxations d'office. En outre, les formulaires déclaratifs de droit commun restent difficiles à maîtriser pour les entreprises étrangères.

Une réforme de ce guichet est intervenue dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Depuis le 1^{er} janvier 2011, les entreprises étrangères ont accès, grâce à cette mesure, à une offre de services plus complète en matière sociale, sur le modèle du titre emploi-service entreprise (TESE) tandis que les particuliers employeurs non-résidents bénéficient d'un dispositif équivalent au CESU déclaratif: ils bénéficient, en plus du recouvrement des cotisations et contributions dues par un interlocuteur unique spécialisé dans la relation avec des personnes étrangères (et offrant ses services en plusieurs langues), du calcul des cotisations par le centre national des firmes étrangères (CNFE) situé à l'URSSAF de Strasbourg, ainsi que de l'établissement par celui-ci des bulletins de paie. Les supports déclaratifs sont également plus adaptés et sont entièrement dématérialisés. Les employeurs étrangers pourront ainsi avoir des relations totalement dématérialisées avec le centre.

Par ailleurs, le CNFE est ouvert par cette même loi aux particuliers employeurs non-résidents qui ont la possibilité de s'acquitter de leurs obligations sociales par avance de manière à attester s'être conformé au droit français, ce qui facilite leurs démarches en France et l'entrée de leurs salariés sur le territoire pour de courts séjours.

Le dispositif du CNFE modifié est entré en vigueur à l'été 2011 et effectuera sa montée en charge au cours de l'année 2012.

3° Les services proposés par le « Guso » pour le spectacle occasionnel

Pour simplifier les déclarations sociales et les paiements pour l'emploi d'artistes ou de techniciens du spectacle vivant par des employeurs occasionnels, la loi du 2 juillet 1998 a institué un « guichet unique pour le spectacle occasionnel » (Guso).

Le Guso permet d'accomplir, auprès d'un centre unique localisé à Annecy et géré par Pôle emploi, l'ensemble des formalités relatives à l'emploi de ces personnels ainsi que d'effectuer un paiement unique des cotisations et contributions sociales. Le Guso se charge également d'établir les attestations d'emploi des salariés.

Le dispositif du Guso a été profondément remanié par l'ordonnance du 6 novembre 2003. Tous les organisateurs occasionnels de spectacles vivants dispensés d'une licence de spectacle vivant et les structures qui, bien que titulaires d'une licence de spectacle vivant, n'ont pas le spectacle pour activité principale ou pour objet, doivent déclarer auprès du Guso les artistes et les techniciens du spectacle engagés par contrat à durée déterminée. Le taux d'utilisation du module dématérialisé est proche de 30 %. Depuis juin 2011, les actions de communication auprès des employeurs ont été renforcées pour inciter à la déclaration et au paiement dématérialisé.

La livraison en 2009 d'un nouvel outil informatique devrait permettre au Guso de gagner en efficacité. Toutefois, le coût de gestion du Guso reste élevé, compte tenu notamment de la gestion nominative des employeurs dans le cadre de ce dispositif, de la modestie du montant moyen des cachets déclarés et de l'ensemble des services offerts par ce guichet. Des actions sont en cours pour réduire ce coût.

C. Les chantiers de mutualisation et de simplification des déclarations et des règles de prélèvement

1° Un élément transversal: le niveau élevé de dématérialisation

Le niveau de dématérialisation des déclarations atteint en matière sociale un niveau très élevé qui permet désormais dans de nombreuses situations de s'affranchir des contraintes des destinataires multiples, des délais de transmission et autorise aussi des contrôles de qualité en temps réel.

Un des principaux outils d'exploitation et de valorisation des relations dématérialisées est le groupement d'intérêt public « Modernisation des déclarations sociales » (GIP-MDS). Créé en 2000, il inclut les organismes nationaux de protection sociale tous régimes confondus ainsi que des fédérations d'assureurs, les organisations professionnelles patronales (le Medef, la CGPME, l'UPA, la FNSEA), des organisations syndicales de salariés ainsi que des représentants des experts-comptables et des éditeurs de logiciels de paie. Il a pour mission de promouvoir les déclarations sociales dématérialisées et d'offrir un accès simplifié et sécurisé à ces déclarations sur le portail « Net-entreprises ». L'employeur intéressé peut, par une inscription unique, bénéficier de tout ou partie des services offerts sur le portail. Lorsque les déclarations sont accompagnées d'un paiement, le téléversement est possible. Plus de 10 millions de déclarations ont été effectuées sur ce portail en 2010, ce qui atteste du succès de ce portail déclaratif.

En 2010, 50,6 % des établissements ont réalisé les déclarations de cotisations URSSAF par voie électronique, contre 31,5 % en 2007.

Nombre de déclarations télétransmises

	2007	2008	2009	2010
DUCS URSSAF (déclarations mensuelles, trimestrielles et tableaux récapitulatifs annuels*)	4 670 000	6 210 000	7 550 000	8 440 000
DADS-U (déclarations annuelles**)	1 775 806	1 931 951	1 983 377	2 027 125

(*) Source ACOSS

(**) Source CNAV

2° Les actuelles déclarations unifiées

Non seulement les déclarations sociales sont donc accessibles en ligne, mais surtout certaines d'entre elles (la DUCS, la DADS-U, la DUE) comportent des données destinées à plusieurs organismes, ce qui permet en une seule fois de satisfaire plusieurs obligations.

La DUCS (déclaration unifiée de cotisations sociales), commune à l'URSSAF, à POLE EMPLOI, à l'AGIRC-ARRCO, aux institutions de prévoyance et aux caisses de congés payés du bâtiment lorsque l'employeur relève de ce secteur, est une déclaration dématérialisée périodique de cotisations et contributions (mensuelle, trimestrielle et annuelle concernant les tableaux récapitulatifs).

La DADS-U (déclaration automatisée de données sociales unifiée) est une déclaration essentielle pour les sphères sociales et fiscales. Elle permet notamment de déterminer les droits à l'assurance retraite et à l'assurance maladie des salariés et de pré-remplir les déclarations fiscales de revenus. Cette déclaration annuelle de données sociales dématérialisée concerne les salariés du secteur privé non rémunérés par des titres simplifiés, les salariés de certains établissements publics et d'entreprises publiques, les salariés de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière, les agents non titulaires de la fonction publique d'État et des collectivités

locales, les fonctionnaires de l'État, magistrats et militaires détachés auprès d'employeurs privés et les personnes recevant des honoraires et des droits d'auteur. La liste des destinataires des données de la DADS-U a été étendue en dernier lieu à la caisse de retraite du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile. Les données collectées au moyen de la DADS-U sont réparties entre 25 administrations ou organismes de protection sociale. Pour répondre à de nouveaux usages et faciliter son accomplissement par les employeurs, la norme informatique qui sert de support à cette déclaration a été profondément rénovée et rationalisée. Élaborée avec le concours des organismes et administrations recevant la DADS-U et des représentants d'experts-comptables et d'éditeurs de logiciels de paie, approuvée par voie d'arrêté, cette norme devra être utilisée pour la première fois pour la DADS sur les salaires 2011.

Compte tenu de l'importance de la DADS et des utilisations qui sont faites de cette déclaration, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012 prévoit d'asseoir son rôle et ses règles de fonctionnement sur des bases législatives claires.

3° La refonte de la Déclaration préalable à l'embauche (DPAE)

La Déclaration unique d'embauche (DUE) est une déclaration devant être accomplie par l'employeur avant toute embauche. Plus de 36 millions de DUE ont été réalisées en 2010. Cette déclaration mutualisée permet de satisfaire plusieurs obligations sociales, dont la DPAE. Elle est fortement dématérialisée (plus de 80 %). Toutefois, un examen attentif des informations demandées dans cette déclaration et des usages des différents organismes a permis de constater que certaines demandes ne correspondaient plus toujours à des besoins justifiés.

Aussi, la Direction de la Sécurité sociale a-t-elle entrepris de recenser les nouveaux besoins et de supprimer les informations dont l'utilité pouvait être rediscutée. La nouvelle déclaration, mise en place depuis le 1^{er} août 2011 et redénommée déclaration préalable à l'embauche, est considérablement allégée puisque près d'une rubrique sur trois a été supprimée. Un pré-remplissage des rubriques restantes (identification de l'établissement ou des salariés déjà employés au cours d'une période récente) allège encore la tâche des déclarants et favorise davantage le recours au service en ligne. Enfin, il sera possible d'accéder à ce service par téléphone connecté à Internet à compter du dernier trimestre 2011 ; ce service vise plus particulièrement les employeurs itinérants.

4° La Déclaration sociale nominative (DSN)

Le projet de déclaration sociale nominative vise à permettre d'unifier et simplifier le système déclaratif des données sociales par la transmission périodique par les employeurs aux organismes de protection sociale via un point unique de dépôt, de données relatives aux rémunérations et cotisations des salariés à un rythme mensuel, sous forme harmonisée et dématérialisée à partir des logiciels de paie.

La DSN aurait vocation à se substituer aux déclarations sociales périodiques et annuelles et à certaines déclarations suscitées par des événements particuliers, tels que l'arrêt de travail. Il s'agit donc d'un projet de grande ampleur.

À la demande des pouvoirs publics, le GIP modernisation des données sociales a lancé une étude portant sur la création d'un tel dispositif. Cette étude, remise à l'été 2009, a fait apparaître les gains que présenterait la déclaration pour les organismes de protection sociale, les entreprises et les salariés. Des travaux complémentaires ont été menés par le GIP-MDS pour clarifier certains aspects, et une mission IGAS-IGF a rendu son rapport au premier trimestre 2011 sur les conditions de réussite du lancement de la DSN et l'adaptation de la norme 4DS aux impératifs de simplification requis pour la DSN.

Compte tenu de l'intérêt du projet en termes de simplification, le Conseil de modernisation des politiques publiques de juin 2010 a inscrit le projet de DSN parmi les 100 mesures de la révision générale des politiques publiques à mener d'ici 2012. Le projet a également été annoncé par le Gouvernement lors des assises de la simplification en avril 2011.

Enfin, sur la base de ces recommandations, un article de loi a été proposé dans la proposition de loi déposée par le Président de la Commission des lois, Jean-Luc Warsmann, en juillet 2011 qui prévoit la construction par étapes de la DSN.

5° Le développement de l'auto-entrepreneur

La loi de modernisation de l'économie du 4 août 2008 a, dans son article 1^{er}, introduit le statut de l'auto-entrepreneur destiné à faciliter la création d'entreprise pour les activités relevant du régime micro-fiscal.

Ce statut mis en place depuis le 1^{er} janvier 2009, prévoit plusieurs mesures de simplification pour le travailleur indépendant, en particulier un régime de paiement libératoire simplifié de ses cotisations et contributions sociales ainsi que de son impôt sur le revenu. Ce nouveau statut constitue un élargissement du dispositif de plafonnement et de paiement trimestriel simplifié prévu par la loi du 5 mars 2007 : il est applicable à tous les travailleurs non salariés non agricoles (et non plus aux seuls créateurs d'entreprise) relevant du régime fiscal des micro-entreprises et possède à présent un volet fiscal.

Au cours de l'année 2009, le champ des bénéficiaires a été étendu aux professionnels libéraux créateurs relevant de la CIPAV sans que la conclusion d'une convention soit nécessaire, le cumul du micro-social simplifié avec l'exonération de cotisations ACCRE, l'exonération et la réduction d'assiette applicables dans les DOM a été rendu possible et les auto-entrepreneurs ont été dispensés du paiement de la contribution à la formation professionnelle.

En 2010, différents assouplissements avaient été introduits : le bénéfice du régime a été ouvert aux travailleurs indépendants affiliés à la CIPAV au 31 décembre 2009, sous réserve qu'ils en fassent la demande au 28 février 2010. La durée pendant laquelle l'auto-entrepreneur pouvait déclarer un chiffre d'affaires nul sans perdre le bénéfice du dispositif avait été allongée à 36 mois civils ou 12 trimestres civils consécutifs. Par ailleurs, la prise en charge par l'État dans le cadre de la compensation des cotisations minimales permettant de valider un trimestre de droits retraite par an a été subordonnée à la réalisation d'un revenu minimum de 200 heures de SMIC. Enfin, le seuil de bénéfice du régime fiscal des micro-entreprises n'a pas été proratisé en fonction de la durée d'activité au cours de l'année civile, ce qui a limité les cas de perte du régime auto-entrepreneur, au titre des années 2009 et 2010.

D'autres mesures complètent le statut de l'auto-entrepreneur, notamment l'extension de la compétence dévolue aux CFE URSSAF pour recueillir les déclarations de début d'activité sur le portail www.lautoentrepreneur.fr ainsi que les formalités de radiation et, pour les artisans, le rétablissement de l'immatriculation gratuite au répertoire des métiers des auto-entrepreneurs sous certaines conditions et la substitution des justificatifs relatifs à la qualification professionnelle par une déclaration simplifiée ainsi que la possibilité d'exercer une activité professionnelle, y compris commerciale, dans une partie d'un local d'habitation situé au rez-de-chaussée.

L'ensemble de ces mesures a contribué au succès du dispositif auquel ont opté 660 000 entrepreneurs. Sur l'ensemble de l'année 2010, 349 000 auto-entrepreneurs ont déclaré au moins une fois un chiffre d'affaires positif.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a à nouveau adapté le dispositif, en obligeant désormais les auto-entrepreneurs, qu'ils aient ou non réalisé un chiffre d'affaires, à renvoyer une déclaration, même portant la mention « néant ». En outre, le bénéfice de l'option est désormais perdu au bout de deux années lorsqu'aucun chiffre d'affaires n'est déclaré, au lieu de trois ans précédemment.

4° La suppression de la déclaration commune de revenus

Ce nouvel axe de simplification s'appuie sur le constat que chaque année, les travailleurs indépendants ont deux obligations déclaratives qui sont quasi-similaires : d'une part, la déclaration professionnelle de résultats auprès des services fiscaux (DGFIP) et d'autre part, la déclaration commune de revenus (DCR) pour le calcul des cotisations et contributions sociales. Il s'agit aussi d'une mutualisation de déclarations, cette fois avec la sphère fiscale.

La loi de modernisation de l'économie du 4 août 2008 a donc prévu de supprimer la déclaration commune de revenus au profit d'une transmission des informations nécessaires à l'assiette sociale par la DGFIP aux organismes sociaux.

Le pilotage et la coordination des travaux ont été confiés par lettre de mission du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique datée du 21 novembre 2008 à Jean-François Chadelat, inspecteur général des affaires sociales. Ce groupe de travail regroupe la direction de la sécurité sociale, la direction générale des finances publiques, la direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services, l'ACOSS, le RSI et la CNAVPL. Les travaux menés depuis 2009 ont permis de fixer le cadre théorique des opérations de calcul et de réaliser des expérimentations de rapprochement des différentes données nécessaires à l'établissement de l'assiette à partir des données fiscales. Les enseignements des tests de 2009 ont été mis à profit pour réaliser en 2011 de nouveaux échanges de données entre la DGFIP et l'ACOSS. Les résultats de cette expérimentation qui s'est déroulée au printemps feront l'objet d'une d'analyse fin septembre 2011.

5° La simplification du recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants

Le Ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État et le Secrétaire d'État chargé du commerce, de l'artisanat, des petites et moyennes entreprises, du tourisme et des services ont lancé à l'été 2010 un groupe de travail avec les professionnels et les organismes sociaux pour simplifier le recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants. Celui-ci a abouti à des propositions concrètes dans trois domaines de la relation entre les travailleurs indépendants et les organismes de protection sociale, dont les principales sont la cohérence des règles d'affiliation, la cohérence des assiettes sociales et fiscales et l'assouplissement du calendrier de prélèvement afin qu'il soit plus proche du calendrier fiscal.

Plusieurs de ces préconisations ont commencé d'être mises en œuvre en 2010 et au début de l'année 2011, notamment l'affiliation des travailleurs indépendants qui a fait l'objet d'un plan d'actions pour mettre en place une meilleure coordination entre les différents organismes – URSSAF, centre national d'immatriculation commune du régime social des indépendants (RSI), caisses régionales du RSI, sections professionnelles de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales – dans la mesure où la répartition des compétences en vigueur pouvait les conduire à prendre des décisions contradictoires et non coordonnées affectant par la suite la situation des cotisants. Ce processus complexe était également source de délais accrus et générait de multiples contacts et une certaine incompréhension de la part des travailleurs indépendants.

À la suite d'une étude de la DGME, le gouvernement a demandé aux organismes sociaux de mettre en place un dispositif de point d'entrée unique, compétent pour procéder à l'instruction préalable des dossiers et à leur orientation vers le régime adéquat. La convention conclue entre eux rend le dispositif opérationnel depuis le 1^{er} janvier 2011. Ainsi, au cours de l'année 2010, les situations les plus préoccupantes sur les comptes ont été résorbées et les plus importantes anomalies techniques levées, ce qui constitue le principal succès de cette année.

Enfin, le Gouvernement a créé une instance de coordination entre les régimes afin que tous partagent la même doctrine. Il s'agit d'une commission inter-régimes d'affiliation, qui permet au RSI, aux sections professionnelles de la CNAVPL, à la CNBF, de travailler ensemble sur la

détection des activités nouvelles et la mise en place d'une solution d'affiliation appropriée. Cette instance de travail, qui permet une coordination efficace des services sous l'égide de la Direction de la sécurité sociale, doit dégager des propositions opérationnelles. Elle a vocation à s'élargir aux autres régimes concernés, notamment le régime général et au régime agricole.

Par ailleurs, la cohérence de l'assiette entre législation sociale et fiscale dans le temps suppose de retenir des définitions harmonisées et communes et d'établir des références qui assurent dans le temps le maintien de la concordance des champs. Afin d'y parvenir, le gouvernement propose dans le PLFSS 2012 de réécrire certaines dispositions relatives à l'assiette des prélèvements sociaux sur les travailleurs indépendants. À cette occasion, d'autres propositions du groupe de travail seraient prises en compte notamment pour unifier les indices de référence utilisés pour le calcul de certaines cotisations.

Enfin, le groupe de travail a souhaité que l'échéancier du recouvrement social soit mis en cohérence avec celui de l'activité économique des entreprises, afin que celles-ci acquittent les cotisations avec un faible décalage dans le temps avec la perception du revenu qui les a générées. Il a été demandé que la régularisation des cotisations puisse être effectuée au plus tôt du début de chaque année, soit juste au moment où le revenu de l'année précédente est connu. Ce système suppose une refonte du système de déclaration et de paiement auprès des organismes sociaux. Le gouvernement propose de le rendre opérationnel dès 2012 par voie dématérialisée.

La mise en œuvre de l'ensemble de ces mesures aura des effets bénéfiques pour la plus grande majorité des travailleurs indépendants, artisans, commerçants comme professions libérales.

2. Mesures de simplification en matière de gestion des prestations

La loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, a apporté un certain nombre de simplifications pratiques pour les entreprises qui sont exposées ailleurs dans la présente annexe. En revanche, en matière de prestations, plusieurs dispositions ont été prises mais représentent plus des clarifications, des mises en cohérence améliorant la lisibilité des textes que de réelles simplifications pour les usagers.

La simplification administrative est inscrite dans toutes les conventions d'objectifs et de gestion passées entre l'État et les différentes branches de la sécurité sociale et notamment celle signée le 27 octobre 2010 avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour la période 2010-2013 et celle signée entre l'État et la Mutualité sociale agricole (MSA) le 1^{er} mars 2011 pour la période 2011-2015.

En juillet 2010, une instance spécifique a été créée, le Comité de simplification et de modernisation, co-animé par la Direction de la sécurité sociale et la Direction générale de la modernisation de l'État, pour piloter les grandes initiatives de simplification de la sécurité sociale. Ce comité regroupe les organismes nationaux têtes de réseau des différentes branches de la sécurité sociale ainsi que le Régime social des indépendants, la Mutualité sociale agricole, le Gip Info-retraite, le Gip Modernisation des données sociales et le Gie Association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres - Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (AGIRC-ARRCO).

Ce comité de pilotage donne un cadre général à la démarche de simplification et garantit la cohérence de tous les projets de la sécurité sociale. Il permet, en concertation avec les organismes, l'identification et la validation des axes de progrès prioritaires puis le suivi des nouvelles mesures issues de la Révision générale des politiques publiques (RGPP). Il constitue également un lieu d'échange des bonnes pratiques et des expérimentations innovantes.

La simplification et l'innovation ont par ailleurs été au cœur des préoccupations du troisième forum des Conventions d'objectifs et de gestion (COG) qui s'est tenu à Paris les 22 et 23 mars 2011. Les exemples ci-après illustrent les avancées les plus significatives en matière de simplification enregistrées au cours des douze derniers mois.

1° La simplification administrative de l'exercice de la médecine libérale

Un premier programme de simplification de l'exercice libéral de la médecine avait été présenté conjointement en janvier 2007 par le ministère de la santé et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Il a permis des avancées substantielles sur les préoccupations des médecins, notamment la dématérialisation et les télé-services et dans le domaine des certificats médicaux, sujet de sollicitations nombreuses des médecins par les assurés.

Dans le prolongement de ce premier programme, et conformément à l'annonce faite par le Président de la République le 1^{er} décembre 2010, le ministre du travail, de l'emploi et de la santé a installé le 3 février 2011 une instance de simplification administrative de l'exercice médical entre l'assurance maladie (régime général, régime social des indépendants et régimes agricoles), les syndicats de médecins et l'État. Cette instance a pour vocation de prendre toute la mesure des attentes de la profession médicale de proximité en matière de simplification administrative, de définir les actions à mettre en œuvre et de suivre leurs modalités de réalisation.

Parmi les sujets prioritaires à traiter dès le premier trimestre 2011, ont été notamment retenus l'amélioration de l'accessibilité des caisses d'assurance maladie par téléphone pour les médecins, la simplification de la partie médicale du dossier de pré-admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la poursuite des travaux en cours pour limiter le volume des certificats demandés aux médecins et la mise en place d'une portabilité de l'information relative au médecin traitant et aux affections de longue durée (ALD).

Un numéro de téléphone dédié aux professionnels de santé

Parmi les premières mesures annoncées par le ministre, figure le numéro d'appel spécifique dédié aux professionnels de santé dans chaque caisse d'assurance maladie pour traiter des sujets administratifs. Il a vocation à améliorer la communication entre les médecins et les organismes de sécurité sociale. Début juillet 2011, ce numéro était opérationnel dans les caisses primaires d'assurance maladie, à l'exception de quatre organismes. La généralisation est prévue pour le début du quatrième trimestre 2011. L'objectif est de parvenir à un taux de 90 % de réponses de premier niveau à ce numéro.

La simplification du dossier de pré-admission en EHPAD

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé a également annoncé la simplification des procédures d'admission en EHPAD au bénéfice des médecins traitants, des médecins-coordonnateurs de ces établissements, des personnes âgées et de leur famille.

Dans ce cadre, un groupe de travail piloté par la direction générale de la cohésion sociale et la direction de la sécurité sociale et associant les professionnels concernés a été mis en place en mars 2011 pour élaborer un dossier unique de pré-admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Un dossier comprenant un volet médical et un volet administratif a été élaboré qui s'appuie sur des démarches analogues déjà mises en place dans certaines régions ou départements.

Ce dossier-type sera diffusé et mis à la disposition de ses utilisateurs en effectuant un suivi qualitatif de la satisfaction, dans quelques départements lors du dernier trimestre 2011.

La poursuite de la rationalisation des certificats médicaux

En 2008, dans une enquête sur le travail administratif des médecins généralistes, le sujet des certificats médicaux avait été clairement identifié comme une activité chronophage. Les certificats médicaux les plus fréquemment cités étaient ceux visant à justifier une absence scolaire, certifier l'inaptitude au travail (pour une compagnie d'assurance ou l'employeur), demander un appartement ou en obtenir un plus accessible.

À partir de l'identification des domaines dans lesquels les demandes de certificats médicaux sont les plus nombreuses, la direction de la Sécurité sociale a, en partenariat avec le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), engagé un important travail interministériel associant notamment l'Éducation nationale et la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), l'Association des maires de France (AMF) et l'Assemblée des départements de France (ADF).

Ces travaux se concrétisent par une circulaire qui sera adressée en septembre 2011 aux organismes d'assurance maladie des régimes général (CNAMTS), agricole (CCMSA) et de travailleurs indépendants (RSI), ainsi qu'aux agences régionales de santé (ARS). Elle est accompagnée d'un document de sensibilisation destiné à être diffusé largement pour réguler les demandes de certificats⁽²⁾. Ce document rappelle les cas les plus fréquents recensés par les syndicats représentatifs des médecins et par le Conseil national de l'Ordre dans lesquels les certificats médicaux ne sont pas nécessaires et, le cas échéant, les solutions alternatives retenues.

La portabilité de l'information relative au médecin traitant et aux affections de longue durée

Au cours du premier semestre, des travaux ont été engagés pour une meilleure articulation inter-régime avec, notamment, en cas de changement de régime de l'assuré, la portabilité de la déclaration de choix de son médecin traitant et de son protocole de soins en cas d'ALD afin de ne pas solliciter inutilement l'assuré ou le professionnel de santé. Les solutions en cours de préparation visent à normaliser les données administratives et l'usage qui en est fait par les organismes cédants/prenants lors d'une mutation et à envisager des solutions techniques standardisées facilitant et accélérant la prise en compte de ces données. Le même esprit s'applique au volet médical des ALD, compte tenu cependant du respect des règles spécifiques liées au secret médical.

2° L'assurance maladie et Internet: enrichissement des services en ligne d'ameli.fr avec notamment l'extension des possibilités de démarches en ligne

La branche maladie continue à diversifier les services proposés en ligne, afin de répondre à une véritable attente des usagers. En effet, depuis octobre 2010, le site Internet de l'Assurance maladie, ameli.fr a dépassé les 6 millions de visites par mois, soit une progression de plus de 20 % en un an. Ce déploiement est étroitement lié au perfectionnement des fonctionnalités existantes et à la mise en place de nouvelles offres, accessibles à tous ou spécifiques à l'assuré.

L'espace « Assurés » représente les deux tiers des visites. Il comporte des informations de nature générale sur la caisse dont dépend l'assuré en fonction de son lieu de résidence (adresse, lieux et horaires d'ouverture) ; il récapitule les règles relatives aux modalités de prise en charge des soins et aux remboursements par l'assurance maladie (parcours de soins, montants...), indique les conditions d'ouverture des droits et les démarches à entreprendre pour bénéficier des différentes prestations avec une approche par situation personnelle, professionnelle ou médicale ; un lien est systématiquement proposé vers le formulaire de demande correspondant.

(2) Diffusion auprès des professionnels de santé, des assurés, des collectivités locales et autres organismes intéressés, ARS, CNOM, l'ADF, l'AMF, l'Union nationale des associations familiales (UNAF) et Familles rurales.

Depuis 2010, une aide est mise à disposition de l'internaute pour le guider à l'intérieur de l'espace « assurés » : un personnage virtuel, Amélie, répond ainsi à plus de 100 000 demandes par mois.

L'espace « Assurés » d'ameli.fr propose l'accès à deux sites complémentaires :

- **ameli-direct.fr** liste les professionnels ou les établissements de santé sur une commune donnée, par spécialité, avec l'indication de leurs coordonnées, du secteur de conventionnement et des tarifs habituellement pratiqués ;
- **ameli-sante.fr**, créé en mai 2010 est entièrement dédié au conseil et à la prévention en matière de santé. Il aborde seize thèmes différents (angine, asthme, diabète, grippe, hypertension artérielle, risque cardio-vasculaire, saturnisme...) sous les angles suivants : description de la pathologie, symptômes et complications possibles, offre de prévention proposée par l'Assurance maladie, à l'aide notamment d'outils interactifs (vidéos, quizz).

Par ailleurs, pour une information plus personnalisée, un filtre par âge et par sexe permet d'accéder directement aux offres de prévention concernant l'internaute.

Au-delà de l'information générale, l'espace « Assurés » d'ameli.fr propose à chaque assuré de créer son « compte ameli », espace sécurisé lui donnant accès à ses données personnelles.

Le « compte ameli » est un service de l'Assurance maladie proposé non seulement aux personnes affiliées au régime général mais également aux assurés des Caisses d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC), de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN), nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS), d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG), de l'Établissement national des invalides de la marine, et de la Mutuelle générale de la police (MGP).

À partir de son « compte ameli », accessible à partir d'un identifiant et d'un code secret, chaque assuré peut d'une part obtenir des informations sur la gestion de son compte (visualisation immédiate de son décompte de remboursements qui se substitue à l'envoi des décomptes sous forme papier) avec conservation d'un historique, et d'autre part effectuer certaines démarches en ligne.

LES FONCTIONNALITÉS ENRICHIES DE MON « COMPTE AMELI »

Le « compte ameli » permet l'accès, par tout assuré adhérent, à quatre rubriques personnalisées et sécurisées. Les trois premières donnent accès à l'information, la quatrième propose des démarches en ligne :

- « mes paiements » : y figurent les derniers paiements c'est-à-dire tous les décomptes de remboursements de consultations et soins avec le même niveau de détail qu'un décompte papier, le récapitulatif annuel des prestations dont a bénéficié l'assuré au cours de la dernière année civile, par catégories d'actes et de soins (depuis 2010), les relevés mensuels des prestations des six derniers mois, le relevé fiscal qui comporte les indemnités journalières et pension d'invalidité imposables à déclarer. Il comporte un décompte personnel, par année civile, des participations forfaitaires et franchises déduites des remboursements et le cas échéant celles restant à récupérer au titre du tiers-payant ;
- « mon espace prévention » : il s'agit d'une information personnalisée, adaptée à la situation de l'assuré et de ses ayants droit pour inciter les assurés à devenir acteurs de leur santé et non plus seulement consommateurs de soins. Il propose deux services en ligne ;
- « Vous attendez un enfant », à toutes les femmes qui ont déclaré leur grossesse. Il est conçu comme un agenda des différents rendez-vous et examens médicaux de surveillance et un guide d'information actualisé au fur et à mesure de l'avancement de la grossesse ;
- « Vos rendez-vous M'T dents » aux parents d'enfants âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, pour leur rappeler et leur permettre de suivre les examens préconisés par l'assurance maladie et télécharger s'ils le souhaitent, le bon de prise en charge pour un examen bucco-dentaire offert par l'assurance maladie. En 2010, l'Assurance maladie a enrichi son offre avec des services innovants et adaptés aux modes de vie des parents et des jeunes : réception alerte pour le prochain rendez-vous *via* le téléphone mobile, Facebook, le compte personnel ameli.fr. Environ 3 millions d'enfants et adolescents sont ainsi concernés chaque année ; plus d'1 million d'examen bucco-dentaires sont pratiqués soit un taux de participation d'environ 33 % ;
- « mes informations personnelles » : l'assuré peut y consulter et vérifier les principaux éléments administratifs le concernant ainsi que ses ayants droit. Depuis mi-2011, cette rubrique comporte un item « ma carte Vitale » qui permet de suivre l'état d'avancement d'une demande de carte Vitale ;
- « mes demandes » : l'assuré peut, au lieu de se déplacer ou téléphoner, poser toute question, générale ou personnalisée à son organisme d'assurance maladie qui lui répond alors à l'adresse de messagerie électronique enregistrée dans ses informations personnelles. Il peut également demander une attestation de droits qui lui est adressée immédiatement sous la forme d'un fichier pdf à enregistrer et/ou imprimer ; ou une attestation de paiement d'indemnités journalières qui sera prochainement délivrée, comme l'attestation de droits, immédiatement et de façon dématérialisée ; la demande de la carte européenne d'assurance maladie est également possible en ligne, suivie d'un envoi postal, ainsi que la déclaration de perte ou de vol de la carte Vitale, ce qui déclenche la fabrication d'une nouvelle carte. Enfin cette rubrique propose un accès à tous les formulaires de l'Assurance maladie, dont certains sont remplissables en ligne avant impression.

L'augmentation du nombre d'adhérents au « compte ameli » s'avère déterminante dans la progression du nombre de visites sur ameli.fr. En effet, en juin 2011, plus de 7,3 millions d'assurés avaient ouvert leur « compte ameli », contre 6,2 millions en décembre 2010. Ces « comptes ameli » s'avèrent d'autant plus un succès que le nombre de connexions des adhérents s'élève à 140 000 connexions par jour.

3° Accompagnement personnalisé proposé par l'assurance maladie aux malades chroniques: extension du service Sophia

« Sophia » est intégré dans le plan ministériel d'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques, élaboré en concertation avec les associations de patients, les représentants des professionnels de santé et les principaux acteurs concernés réunis au sein d'un comité scientifique. De plus, l'accompagnement des malades chroniques constitue un axe important de la Convention d'objectifs et de gestion État-CNAMTS pour la période 2010-2013.

DESCRIPTION DU DISPOSITIF SOPHIA

Sophia est un service innovant de l'assurance maladie, d'accompagnement personnalisé des malades chroniques. L'objectif est d'améliorer ou préserver l'état de santé des personnes atteintes de maladies chroniques en prévenant les complications liées à ces maladies. Il s'agit d'aider les personnes concernées à mieux connaître leur maladie et adapter leurs habitudes.

Ce service gratuit est proposé aux patients diabétiques, pris en charge à ce titre à 100 % par l'assurance maladie.

Les personnes intéressées adhèrent au service à l'aide d'un bulletin d'inscription, ce qui leur permet de bénéficier de plusieurs types de supports d'information (des livrets Repères, le journal trimestriel « Sophia et vous », des courriers thématiques) et du soutien d'un conseiller en santé, infirmier expérimenté disponible par téléphone à un numéro spécifique. Le conseiller en santé contacte le patient par téléphone en fonction de son état de santé, de ses besoins et de sa situation personnelle.

Un site Internet leur est dédié : www.sophia-infoservice.fr qui comporte un vaste espace documentaire concernant la surveillance du diabète et les sept points de suivi minimal recommandés par la Haute autorité de santé.

Au cours du second semestre 2010, l'Assurance maladie a étendu son expérimentation à huit nouveaux départements. Le nombre de départements et de patients concernés a presque doublé : dix-neuf départements et 440 000 patients contactés.

En mars 2011, plus de 100 000 personnes avaient adhéré au service, pris en charge par 78 infirmiers conseillers en santé. Il relaie l'action et les recommandations du médecin traitant ou du diabétologue.

En fonction des résultats de l'évaluation en cours, le dispositif a vocation à être généralisé sur l'ensemble du territoire (2,9 millions de personnes sont diabétiques en France) et à être étendu aux personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires ou d'asthme.

4° Maladies professionnelles: un nouveau service en ligne pour les professionnels de santé et des expérimentations pour améliorer la reconnaissance des maladies professionnelles et simplifier les démarches des assurés et des médecins

Depuis septembre 2008, les employeurs ont la possibilité de déclarer les accidents du travail en ligne (DAT) et depuis 2011 d'accéder à un nouveau service en ligne: le compte AT-MP. De nouveaux développements attendus en 2012 permettront d'étendre la DAT aux entreprises recourant à l'intérim, de mettre en œuvre le compte employeur ou encore de dématérialiser les certificats médicaux à la source.

Spécifiquement en matière d'accès aux droits, il apparaît que certaines pathologies, notamment celles qui ont un long délai de latence comme les cancers, ne font pas toujours l'objet d'une déclaration de maladie professionnelle. En effet, les salariés concernés méconnaissent souvent l'origine professionnelle de leur maladie et les démarches à conduire. Quant aux professionnels de santé, ils donnent la priorité au traitement du cas et ne pensent que rarement à interroger leur patient sur ses activités professionnelles, surtout lorsqu'il s'agit d'un retraité.

En conséquence, un nouveau service en ligne d'ameli.fr, à destination des professionnels de santé a été conçu pour les aider à repérer l'origine éventuellement professionnelle de la maladie puis déclarer une maladie professionnelle et orienter leurs patients dans leur déclaration.

Par ailleurs, pour inciter les salariés à engager une démarche de déclaration de maladies professionnelles, une expérimentation a été menée sur une pathologie ciblée (cancer de la vessie) d'abord dans deux régions puis étendue à cinq autres en 2011. Elle a permis un accroissement important du nombre de déclarations et de reconnaissances de l'origine professionnelle de cette maladie et servira de base à une extension de la démarche à d'autres départements.

5° La poursuite de la simplification des démarches des usagers de la branche retraite par la mise en place d'un numéro de téléphone unique, la restructuration des services en ligne, l'amélioration de l'information des futurs retraités, le développement des échanges inter-régimes et des partenariats au sein de la sphère sociale

Le GIP Info retraite, qui regroupe trente-cinq régimes de retraite obligatoire français, a permis en 2010 l'envoi de plus de 3,5 millions de relevés individuels de situation au regard des droits acquis dans les différents régimes, aux assurés âgés de 35 ans (pour la première fois en 2010), 40, 45 et 50 ans. Il s'agit des droits exprimés en nombre de trimestres ou de points, acquis tant auprès des régimes de base que des régimes complémentaires. Par ailleurs, plus de 1,5 million de personnes âgées de 55 et 56 ans ont reçu une estimation indicative globale qui comporte en outre une estimation du montant total de leur future retraite selon l'âge de départ. C'est donc un total de plus de 5 millions de courriers d'information personnalisée qui a été adressé aux assurés en 2010.

Les principales simplifications pour l'accès au droit introduites par la loi portant réforme des retraites

La loi du 9 novembre 2010 renforce le droit à l'information avec la mise en œuvre de trois nouveaux outils :

- une information en début de carrière sur les modalités d'acquisition des droits à retraite et l'impact des différents événements et choix de carrière (congé maternité, temps partiel...);
- un point d'étape à partir de 45 ans ;
- la possibilité de demander à tout moment et sous format électronique un relevé individuel de situation, tous régimes confondus, c'est-à-dire tenant compte des activités relevant de plusieurs régimes, le cas échéant. Ce projet mobilise les différents régimes regroupés dans le GIP Info retraite pour une mise en service prévue en 2012.

Enfin, une estimation indicative globale du montant global de la pension pourra être effectuée à tout assuré, quel que soit son âge, engagé dans une procédure de divorce ou de séparation légale.

Par ailleurs, la Caisse nationale des travailleurs salariés (CNAV) a remporté en mai 2011, et pour la quatrième année consécutive, le 1^{er} prix Podium de la relation client, dans le secteur des services publics, pour sa stratégie d'accueil, notamment d'accompagnement au téléphone et son site Internet, à l'issue d'une enquête réalisée par téléphone en avril 2011 auprès de 4 000 usagers et clients de 183 organismes et entreprises.

Depuis le 1^{er} juillet 2010, un numéro de téléphone unique, le 39 60 permet de joindre l'assurance retraite du régime général au tarif d'une communication locale, avec accès à un conseiller du lundi au vendredi de 8h00 à 17h00 et la consultation du dossier personnel ou le suivi de l'actualité retraite, tous les jours et quelle que soit l'heure. Ainsi en 2010, près de 10,5 millions d'appels ont été reçus, en augmentation de 25 % par rapport à 2009. Ce service a notamment permis de répondre aux questions des assurés relatives à la réforme de 2010.

En 2010, près de 7,6 millions d'internautes ont consulté le site lassuranceretraite.fr ou utilisé les services en ligne suivants, avec par ordre décroissant de fréquentation : visualisation de relevé de carrière, estimation de retraite (à partir de 54 ans), demande de retraite en ligne, consultation de suivi de dossier, trois derniers paiements de retraite, montant de retraite à déclarer à l'administration fiscale, base de questions/réponses, demande de régularisation de carrière.

Depuis début 2011, le portail unique, www.lassuranceretraite.fr, est devenu le point d'entrée unique à tous les services de l'assurance retraite du régime général. Il fédère les sept sites nationaux précédents⁽³⁾.

La rubrique « Dialoguer avec nous » permet aux assurés d'y poser leur propre question et d'obtenir une réponse dans les 48 heures.

La fonction conseil de la CNAV, conformément à la Convention d'objectifs et de gestion 2009-2013, connaît un nouveau développement avec l'expérimentation de **l'entretien conseil personnalisé**, menée de novembre 2009 à janvier 2010. Il s'agit d'une nouvelle offre de service consistant en un rendez-vous avec un conseiller retraite, proposé après 55 ans aux assurés ayant reçu l'estimation indicative globale du montant de leur retraite. Au cours de cet entretien, le futur

(3) cnav.fr, site institutionnel, retraite.cnav.fr pour les assurés ; legislation.cnav.fr, site juridique ; lekiosquebleu.fr et pro.lekiosquebleu.fr, annuaire de services aux seniors ; partenairesactionsociale.fr, site des prestataires conventionnés.

retraité peut bénéficier du commentaire de son estimation indicative et de tous les éclairages nécessaires à sa prise de décision en obtenant les informations relatives aux conséquences des choix qui lui sont offerts en termes d'âge de départ à la retraite, et notamment de prolongation de l'activité et de surcote, de retraite progressive, passage à temps partiel, cumul emploi-retraite. L'expérimentation, qui a porté sur 1 000 entretiens, a permis d'apprécier les moyens nécessaires à la mise en œuvre de cette nouvelle forme d'accueil. La première enquête de satisfaction menée à l'issue de ces entretiens a montré que les assurés ont accueilli très positivement cette démarche. Elle s'est poursuivie jusqu'au début 2011 et a été étendue à 15 000 entretiens. Au regard des premiers résultats, la montée en charge progressive du dispositif se poursuit avec l'objectif d'un rendez-vous proposé à l'ensemble des assurés concernés en 2013.

Le conseil retraite en entreprise a été expérimenté de mai à septembre 2010 auprès des services de ressources humaines de 171 entreprises de tailles et de services divers. Cette offre vise à conseiller les entreprises, à leur faire connaître les différents dispositifs de maintien dans l'emploi, en lien avec l'obligation prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, pour les entreprises de plus de 50 salariés, de conclure un plan d'accord sur l'emploi des seniors. Elle propose d'organiser des séminaires sur la retraite, d'intervenir auprès des salariés. Elle a été testée avec succès par cinq caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et étendue à tout le réseau. Ainsi, fin 2011, chaque CARSAT aura proposé son offre de conseil.

Le développement des échanges inter-régimes avait déjà permis la mise en place de la demande unique de retraite entre le régime général, le régime agricole et le régime social des indépendants, les assurés ayant eu une activité relevant de plusieurs de ces régimes ne déposant plus qu'une seule demande de retraite personnelle de base.

La Convention d'objectifs et de gestion pour la période 2009-2013 prévoit l'extension de cette démarche partenariale sur Internet aux droits dérivés.

Par ailleurs, des échanges internationaux sont organisés pour améliorer la gestion de la retraite et l'information des assurés menant une carrière transnationale.

Enfin, dans le cadre du projet « Electronic Exchange of Social Security Information » (EESSI), les premières études ont démarré en 2010 sur les échanges dématérialisés d'informations entre les organismes de protection sociale de l'Espace économique européen et la Suisse. La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés sera le point d'accès unique pour l'ensemble des organismes français.

6° L'offre de service de la branche famille orientée vers l'amélioration de l'information, de la relation téléphonique et la simplification des démarches par le développement des services en ligne et la suppression de certaines pièces justificatives

Le site « Mon-enfant.fr », service exclusivement dédié à l'accueil des enfants, facilite la vie des parents ; il a remporté en 2010 le 1^{er} prix des bonnes pratiques de l'Association internationale de sécurité sociale pour la région Europe.

« Mon-enfant.fr » est un site national dédié à l'information des familles pour l'accueil des enfants de zéro à douze ans. Il a été créé par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et ses partenaires, les acteurs nationaux et locaux de la petite enfance et de la jeunesse, pour conseiller les parents, orienter leurs recherches et les aider à trouver la solution adaptée à leurs souhaits.

Le site est doté de plusieurs outils : un module de calcul du coût de l'accueil collectif ou familial et un module de recherche d'un mode de garde. L'outil de géolocalisation ajouté en juin 2010 permet désormais d'afficher les résultats de la recherche soit par liste soit par carte, sur la commune ou l'agglomération choisie, en fonction du temps de garde désiré et du type d'hébergement souhaité. De plus, les gestionnaires d'accueil et les assistants maternels peuvent y indiquer leurs disponibilités d'accueil.

Depuis janvier 2011, le site s'est enrichi d'un outil de simulation des droits à la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) qui complète le simulateur de coût de l'accueil. Il est également accessible à partir du site caf.fr. Il permet notamment de simuler le droit au complément de libre choix du mode de garde et le cas échéant le droit au complément de choix d'activité en fonction du taux de réduction de l'activité envisagé.

Les évolutions visent également à améliorer la lisibilité du partenariat, valoriser les spécificités et les initiatives locales à l'échelon départemental en faveur de l'enfance, de la jeunesse et de la parentalité.

LE RECENSEMENT DES DIFFÉRENTS MODES DE GARDE PROGRESSE SUR MON-ENFANT.FR

En ce qui concerne les structures collectives, le site recense, pour l'ensemble du territoire, la quasi-totalité des établissements d'accueil du jeune enfant, des relais assistantes maternelles, des lieux d'accueil enfants-parents et des accueils de loisirs financés par la branche Famille. Figuraient ainsi au 15 avril 2011 :

- 10 743 établissements d'accueil du jeune enfant ;
- 2 699 relais assistantes maternelles ;
- 979 lieux d'accueil enfants-parents ;
- 18 012 accueils de loisirs ;
- 32 maisons d'assistantes maternelles.

S'agissant de l'accueil individuel, la mise en ligne des coordonnées des assistantes maternelles ayant donné leur accord était effective dans 70 départements, soit directement (dans 63 départements) soit par un lien vers un site développé par le Conseil général (dans 7 départements). C'est ainsi que 135 300 assistantes maternelles sont recensées sur le site, soit près de 50 % de celles en activité.

L'objectif est d'étendre ce recensement à 81 départements d'ici la fin de l'année 2011.

En 2010, le site a enregistré plus de 1,6 million de visites, en augmentation de 80 % par rapport à 2009, année de sa création. Sur le premier trimestre 2011, la progression est encore de 30 % par rapport au premier trimestre 2010. Le degré de satisfaction relatif aux informations obtenues sur le site mon-enfant.fr est élevé : parmi un échantillon de parents utilisateurs, 81 % les estiment utiles.

Diminution du coût de la communication téléphonique pour les allocataires

De novembre 2010 à janvier 2011, une nouvelle numérotation a été mise en place pour toutes les caisses d'allocations familiales joignables désormais à partir de numéros commençant par 0810 au lieu de 0820. La tarification est dorénavant celle d'un appel local, sans surtaxe, à partir d'un poste fixe ce qui simplifie et facilite l'accès aux organismes pour leurs allocataires.

L'expérimentation concluante de la suppression de l'exigence de pièces d'état civil lorsque la CAF est en possession d'un numéro d'identification au répertoire des personnes physiques (NIR) certifié.

Au cours de l'année 2010, 14 caisses d'allocations familiales ont expérimenté une nouvelle procédure de contrôle de l'identité des demandeurs qui ne sont pas assujettis à la production d'un titre de séjour, afin de simplifier les dossiers de demande de prestations en réduisant le nombre de pièces justificatives à fournir. Cette expérimentation s'est avérée concluante et la généralisation du principe a été actée.

Lors de la constitution de son dossier de demande de prestation, le demandeur indique son numéro d'identification au répertoire des personnes physiques (NIR ou numéro de sécurité sociale) ainsi que ses nom, prénom, date et lieu de naissance. L'expérimentation a consisté à considérer, pour le cas où la CAF pouvait vérifier que ce NIR était certifié avec les mêmes éléments dans le fichier du système national de gestion des identifiants (SNGI, alimenté par les mairies et géré par la CNAV pour le compte de l'INSEE), que l'existence de la personne et de son état civil étaient réputés vérifiés et que le demandeur était dispensé de la fourniture de toute pièce justificative de son état civil. Dans le cas contraire, la CAF se procurait la pièce justificative, dans toute la mesure du possible, directement auprès de la mairie de naissance, ou de l'autorité émettrice.

Le bilan de cette expérimentation de simplification des démarches a permis d'envisager la généralisation de cette simplification à l'ensemble du réseau des CAF, en adoptant toutefois des modalités garantissant le respect des exigences de maîtrise des risques.

Cet allègement participe de la démarche de simplification des démarches administratives, notamment dans le cadre de la mise en place d'un caf.fr rénové, qui offrira à compter de l'automne 2011, un bouquet de télé-procédures étendu à la plupart des prestations légales, à commencer par les aides au logement.

7° La simplification des démarches d'information des organismes lors du décès d'un proche

Pour faciliter les démarches à accomplir lors du décès d'un proche, plusieurs actions ont été entreprises en 2010, en lien étroit avec la DGME et les organismes de retraite.

La prise en compte par les organismes de sécurité sociale des informations relatives au décès est simplifiée: la DSS a adressé une circulaire datée du 12 juillet 2011 donnant instruction aux organismes d'utiliser les informations relatives au décès mises à disposition par le système national de gestion des identifiants (SNGI, alimenté par les mairies et géré par la CNAV pour le compte de l'INSEE). Dès lors que le décès est certifié ou authentifié dans le SNGI, accessible sous forme d'abonnement, cette information devra être prise en compte par les autres organismes, afin de réduire le nombre de démarches des proches pour les en aviser et les dispenser de la fourniture de la pièce justificative du décès dès lors que l'information est connue du SNGI.

Un « Guide du décès » a par ailleurs été réalisé en collaboration avec la Direction de l'information légale et administrative (DILA), la DSS et les différentes branches de la sécurité sociale. Il a été mis en ligne le 6 juillet 2011 à une adresse internet spécifique « guide-du-deces.modernisation.gouv.fr/ ». Il récapitule l'ensemble des démarches à entreprendre lors du décès d'un proche à l'égard des différents organismes et interlocuteurs, dont les organismes sociaux.

L'accès est personnalisé et interactif en fonction de l'âge, de la situation familiale et professionnelle de la personne décédée et oriente vers les rubriques pertinentes. Il comporte, dans les rubriques concernées, les liens permettant de télécharger les formulaires nécessaires à l'accomplissement des différentes démarches.

Ces avancées préfigurent la mise en place, en fin d'année 2011, d'un guichet internet qui permettra aux proches du défunt de connaître d'emblée les organismes de protection sociale déjà prévenus du décès et d'alléger ainsi les formalités à réaliser.

8° L'amélioration des processus liés à la gestion des réclamations dans les différents organismes de la sphère sociale avec l'appui de la DGME

Tous les réseaux de la sphère sociale se trouvent confrontés à la gestion des réclamations, à leur comptabilisation en fonction du vecteur utilisé pour sa formulation, jusqu'à la mise en place de mesures préventives visant à en limiter le nombre après avoir tiré les leçons de l'analyse des

motifs et de l'origine des réclamations, en passant par la conception d'indicateurs permettant de mesurer l'évolution de la satisfaction ou de l'insatisfaction des usagers qu'elle exprime, et bien entendu l'amélioration du traitement proprement dit de la réclamation (qualité et délai de la réponse).

Les différents organismes têtes de réseau prennent en compte cette dimension réclamation qui figure en outre parmi les objectifs inscrits dans les différentes conventions d'objectifs et de gestion. Un accompagnement étroit par la DGME a permis en 2010 à chaque principal réseau de réexaminer ce processus en vue de son amélioration et de sa standardisation, au profit de l'utilisateur réclamant mais aussi de l'enrichissement de la démarche qualité.

Une expérimentation a été conduite dans 26 sites pilotes, organismes locaux répartis dans chacun des réseaux - CNAMTS, CNAV, CNAF, ACOSS, RSI - en lien avec l'organisme national compétent et l'appui de la DGME en termes de diagnostic, méthodologie, de formalisation des processus, avec pour chacune la mise en évidence des marges de progrès dans l'optique d'une définition de politique de branche.

L'objectif du projet est maintenant d'assurer, pour chaque branche, la généralisation du dispositif issu de l'expérimentation à tout son réseau. Ce déploiement se conduit sur l'année 2011 et s'achèvera dans certains cas dans les premiers mois de 2012.