

2006

## SÉCURITÉ SOCIALE



### Projet de loi de financement de la Sécurité sociale - PLFSS

#### ANNEXE 3

- Mise en œuvre de la loi de financement pour 2005
- Mesures de simplification



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé  
et des Solidarités

Ministère délégué  
à la Sécurité sociale,  
aux Personnes âgées,  
aux Personnes handicapées  
et à la Famille

**ANNEXE 3**

**A / MISE EN ŒUVRE DE  
LA LOI DE FINANCEMENT  
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
POUR 2005**

**B / MESURES DE  
SIMPLIFICATION**

# A / MISE EN ŒUVRE DES DISPOSITIONS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2005

## **1 - Dispositions relatives au contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale**

---

### **Article 2 : Programme de travail de la Cour des comptes sur la gestion des hôpitaux.**

Dans le cadre de sa mission de contrôle sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, cet article prévoit que la Cour des comptes doit établir un programme trisannuel des travaux à mener notamment sur l'évaluation comparative des coûts et des modes de gestion des établissements financés par l'assurance maladie.

### **Article 3 : Rapport sur les dispositifs d'exonération**

Cet article instaure un rapport du Gouvernement aux commissions parlementaires compétentes relatif dispositifs d'exonération et aux modalités de leur compensation par l'Etat.

Cet article a été abrogé par la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (article 2) du fait de l'instauration d'une nouvelle annexe (5) aux projets de loi de financement de la sécurité sociale ayant le même objet.

### **Article 4 : Modernisation des conventions d'objectifs et de gestion :**

Cet article vise à moderniser le dispositif des conventions d'objectifs et de gestion (COG).

Il s'agit d'intégrer dans le champ obligatoire des COG la recherche d'une plus grande efficacité des réseaux – conformément aux recommandations de la Cour des Comptes – tout en préservant l'accessibilité du service public dont la proximité constitue un élément important.

Il permet également d'éviter, par une durée trop courte des COG, les périodes d'instabilité liées à leur renégociation et d'améliorer ainsi la visibilité des organismes sur leurs perspectives de moyen terme, puisque la durée minimale de celles-ci passe de trois à quatre ans.

Cet article formalise la transmission des COG et de leurs avenants à la commission compétente du parlement dont les membres ont la charge de présenter le rapport sur les projets de financement de la sécurité sociale.

Il prévoit également, afin d'améliorer les moyens dont disposent les conseils de surveillance et leurs présidents, la possibilité, pour les présidents de ces conseils, de solliciter une mission d'appui de l'Inspection générale des affaires sociales.

Enfin, cet article étend le champ potentiel de la négociation de conventions d'objectifs et de gestion à tous les régimes de sécurité sociale dont la tutelle est assumée par l'Etat. A ce titre, des conventions ont été négociées avec les régimes spéciaux. Ainsi, une convention d'objectifs et de développement a été signée avec la caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) le 1<sup>er</sup> mars 2005 pour la période 2005-2007. Une COG a été signée avec la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN) le 24 février 2005 pour 3 ans (2005-2007), avec la caisse nationale d'assurances vieillesse, invalidité, maladie des cultes (CAVIMAC) le 31 mars 2005 pour une durée de 4 ans (2005-2008) et avec la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) le 30 mai 2005 pour une durée de 3 ans (2004-2006). Une préparation de COG sera lancée avec la caisse nationale de l'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) avant la fin de l'année 2005.

S'agissant des régimes des travailleurs non salariés, les COG avec la CANAM, la CANCAVA et ORGANIC signées en 2002 s'achèvent fin 2005. La constitution du Régime Sociale des Indépendants (RSI), actuellement en cours, oblige à une transition et à prévoir la négociation d'une COG Etat - RSI en 2006 pour prendre effet au 1<sup>er</sup> janvier 2007.

#### **Article 5 : COG de la MSA :**

Cet article permet d'appliquer les dispositions de l'article 4 aux régimes agricoles avec les mêmes objectifs : éviter, par une durée trop courte des COG, les périodes d'instabilité liées à leur renégociation et améliorer ainsi la visibilité des organismes sur leurs perspectives de moyen terme, puisque la durée minimale de celles-ci passe de trois à quatre ans.

Cet article ne nécessite pas de mesure d'application.

#### **Article 6 : Rapport sur le FFIPSA**

Cet article prévoit que le Gouvernement doit remettre un rapport au Parlement sur la situation et les perspectives du Fonds de financement de la protection sociale des non salariés agricoles (FFIPSA) avant le 31 mars 2005.

Afin de définir ses propres orientations, le Gouvernement a initié une mission des inspections générales IGF, IGAS et IGA qui lui a remis un apport en mai 2005.

Les décisions relatives aux perspectives du FFIPSA n'ayant pas encore été arrêtées, le rapport prévu à cet article n'a pas été élaboré et remis au Parlement.

## **2 - Dispositions relatives aux ressources**

---

### **Article 8 : Aménagements de la contribution sociale de solidarité des sociétés**

Cet article a pour objet de clarifier les règles d'assujettissement à la C3S des institutions financières, d'assujettir à cette contribution les mutuelles et institutions de prévoyance et d'instaurer une exonération sur les contrats d'assurance maladie dits « solidaires » et sur les remises de gestion versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Il n'implique pas de texte d'application.

### **Article 9 : Recouvrement des indus par les organismes de sécurité sociale**

Cet article a inséré au code de la sécurité sociale un article L. 256-5 qui dispose que les organismes de sécurité sociale peuvent, pour le recouvrement des sommes indues, engager une action dans les conditions prévues aux 6<sup>ème</sup> à 8<sup>ème</sup> alinéas de l'article L. 133-4, à savoir une procédure instaurant la mise en demeure et éventuellement la contrainte au profit des directeurs d'organismes.

Ce dispositif, destiné à faciliter la récupération d'indus par les caisses n'a pas été mis en œuvre dans la mesure où il s'oppose à une autre disposition instaurée par la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004, l'article L. 133-4-1 du même code. Cet article prévoit déjà une procédure de récupération des indus, amiable et plus souple, consistant à récupérer les sommes indûment versées par retenues sur les prestations à venir ou par versement de l'assuré, après examen par la caisse de la situation du ménage.

Sous peine d'incohérence, ces deux procédures ne peuvent être actionnées simultanément et l'abrogation de l'article L. 256-5 est envisagée. Des expertises sont encore en cours, avec le concours des organismes nationaux de sécurité sociale, afin de déterminer les modalités les plus efficaces à retenir.

### **Article 10 : Recouvrement des indus par les organismes de MSA**

Cet article reprend le même schéma que l'article 9 pour les régimes agricoles et appelle les mêmes observations sur sa mise en œuvre.

### **Article 12 : Règles de financement de l'ONDAM médico social 2005 par la CNSA**

Cet article fixe, en pourcentage des recettes affectées à cette mission de la CNSA, les montants de la participation de la caisse au financement des régimes d'assurance maladie au titre de leurs dépenses relatives aux établissements pour personnes âgées d'une part (48%), et pour personnes handicapées d'autre part (15%).

### **Article 13 : Affectation des droits tabacs**

Cet article modifie la fraction du produit des droits tabacs affectée à la CNAMTS pour respecter l'engagement du Gouvernement, pris dans le cadre du débat sur la loi assurance maladie de 2004, de doter d'1 milliard d'euros de recette supplémentaire la branche maladie du régime général.

## **3 - Dispositions relatives à l'assurance maladie**

### **Article 16 : Modalités d'identification de certaines catégories de médecins**

Cet article a étendu l'attribution obligatoire d'un numéro personnel d'identification aux praticiens exerçant dans des établissements de santé et aux médecins salariés des centres de santé. Cette extension ouvre ainsi la possibilité de connaître précisément les prescripteurs lors de la délivrance de soins.

L'identification des praticiens est en cours, ainsi que l'attribution d'un numéro unique par la création d'un répertoire unique des professionnels de santé. Ce répertoire devrait être opérationnel courant du 1<sup>er</sup> semestre 2006. Le décret prévoyant l'obligation de renseignement par les professionnels de santé exerçant en établissements et centres de santé sera revu dans les mêmes délais.

### **Article 17 : Dispositions d'aménagement de la T2A**

Cet article complète et corrige principalement les dispositions législatives relatives à la tarification à l'activité des établissements de santé introduite par la loi de financement pour 2004. Il précise notamment la date d'entrée en vigueur de la réforme dans les cliniques privées, le régime de financement des consultations externes hospitalières et des prélèvements d'organes. Il instaure par ailleurs un objectif de convergence tarifaire public/privé.

Le I vise à donner une base légale à la tarification des consultations et actes réalisés dans les services des consultations externes des établissements de santé anciennement financés sous dotation globale, auxquels s'applique la majoration facturée aux patients qui consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant. Par ailleurs, il uniformise les conditions d'application de cette majoration dans les établissements de santé et en ville. Ces dispositions ont été mises en œuvre dans les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale par l'arrêté du 28 juillet 2005 qui fixe les conditions d'application de cette majoration.

Le II mentionne explicitement que les soins de suite et de réadaptation ainsi que les soins de psychiatrie sont dans l'objectif prévu à l'article L.174-1-1 pour les établissements de santé publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier. Cette disposition ne nécessite aucune mesure d'application.

Le IV prévoit que les tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS) calculés pour 2005 entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2005 pour les établissements anciennement financés

par dotation globale. Il précise également que le financement des consultations et actes externes est soumis au dispositif transitoire de montée en charge de la réforme de la tarification et que l'activité de prélèvement d'organe est financée à 100% à l'activité et ce dès 2005. Ces dispositions ont été mises en œuvre par la circulaire du 1<sup>er</sup> mars 2005 confirmée par l'arrêté du 30 juin 2005 fixant pour 2005 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et pris pour l'application des I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale.

Le VI vise à reporter au 1<sup>er</sup> janvier 2008 l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier de Guyane, de façon à faciliter leur passage au nouveau système de financement et leur accorder ainsi un délai supplémentaire pour adapter notamment leurs systèmes d'informations.

Le VII fixe un objectif de convergence tarifaire public/privé qui s'est traduit, en 2005, par une première étape de convergence chiffrée à 35M€ entre les tarifs des établissements privés anciennement sous objectif quantifié national (OQN) et ceux des établissements antérieurement sous dotation globale, ce qui représente 0.5% de l'augmentation tarifaire accordée en 2005 aux établissements privés anciennement sous OQN.

#### **Article 18 : Bilan des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation**

Cet article précise le contenu du bilan annuel transmis chaque année avant le 15 octobre au Parlement et aux fédérations d'établissements de santé. Il doit notamment permettre un suivi précis du champ des missions couvertes par la dotation nationale de financement et de l'évolution des crédits qui y sont affectés ainsi que la manière dont ils sont alloués aux établissements.

Le premier bilan annuel de l'utilisation de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) des établissements de santé est en cours de préparation.

La conception de ce bilan représente un travail de très grande ampleur qui s'inscrit plus généralement dans l'ensemble des travaux qu'ont requis la phase décisive de la réforme du financement de l'hospitalisation engagée cette année.

L'année 2005 étant la première année de la mise en œuvre de la dotation nationale de financement des MIGAC, les agences régionales de l'hospitalisation n'ont évidemment pas eu le temps matériel de mener à bien la contractualisation sur l'ensemble des établissements de santé de leur région ou sur l'ensemble des engagements relatifs aux missions d'intérêt général.

Dès lors, le premier rapport qui sera remis au Parlement ne pourra prétendre à la précision et l'exhaustivité requise.

### **Article 19 : Aides à l'installation des centres de santé dans les zones sous-médicalisées**

L'objet de cet article est de permettre à l'accord national, prévu à l'article L.162-32-1 du code de la sécurité sociale et qui lie les organismes gestionnaires des centres de santé aux caisses nationales d'assurance maladie, de définir les dispositifs d'aides destinés aux centres de santé qui s'implantent dans des zones identifiées par les missions régionales de santé mentionnées à l'article L.162-47, comme sous-médicalisées.

Cette disposition ne nécessite pas de texte d'application spécifique.

Il appartient, en effet, aux partenaires conventionnels (représentants des organismes gestionnaires des centres de santé et de l'UNCAM) de définir, par avenant conventionnel, le dispositif d'aides.

A ce jour, les missions régionales de santé n'ont pas encore procédé à l'identification de ces zones et les partenaires n'ont ouvert aucune discussion sur ce sujet.

### **Article 20 : Rôle des missions régionales de santé dans la répartition territoriale des centres de santé**

L'objet de cet article est de permettre aux missions régionales de santé, prévues à l'article L.162-47 du code de la sécurité sociale, de déterminer les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des centres de santé. Cette mesure est le préalable nécessaire à l'identification des zones territoriales justifiant l'institution des dispositifs d'aides fixés conventionnellement. Il étend ainsi à ces centres un système initialement destiné aux professions de santé libérales.

A ce stade, la majorité des missions régionales de santé ont procédé à l'identification des zones sous-denses en terme de médecins. Elles n'ont pas encore engagé ce processus tant pour les centres de santé que pour les professions de santé autres que les médecins.

### **Article 22 : Transmission d'informations à la Haute autorité de santé**

Dans la cadre de sa mission d'évaluation du service attendu d'un produit, d'un acte ou d'une prestation de santé ou du service qu'ils rendent, cet article offre la possibilité à la Haute Autorité de santé (HAS) de demander aux entreprises, établissements, organismes et professionnels concernés de lui transmettre, après les avoir rendues anonymes, les informations qu'elle jugerait nécessaires pour accomplir sa mission (article L. 161-39 du code de la sécurité sociale).

Pour l'instant, la Haute Autorité de Santé n'a pas effectué de campagne d'information spécifique pour faire connaître cette possibilité. Toutefois, cette disposition est déjà utilisée de plusieurs manières par ses différentes commissions:

- la commission de la transparence utilise fréquemment cette procédure pour demander aux laboratoires pharmaceutiques des études post autorisation de mise sur le marché afin d'évaluer le service médical rendu d'un médicament ;
- la commission « Evaluation des produits et prestations », chargée de l'évaluation des



dispositifs médicaux et des produits de santé autres que les médicaments, envisage de lancer une procédure de requête d'informations auprès des professionnels dans le cadre du groupe de travail sur les implants annulaires de gastroplastie ;

- la commission « Périmètre des biens et services remboursables (ALD) », qui propose au collège de la HAS les avis et recommandations sur le périmètre des soins exonérés du ticket modérateur dans le cadre des affections de longue durée, recourt à cette disposition pour recueillir des données de santé de patients en affection de longue durée (ALD) via leurs caisses d'assurance maladie.

### **Article 23 : Avances de trésorerie aux cliniques privées**

Afin d'assurer aux cliniques privées un fonctionnement normal en dépit des éventuelles difficultés de paiement liées aux modifications des systèmes de facturation et de liquidation des prestations rendues nécessaires par la mise en œuvre de la tarification à l'activité, cette mesure instaure un dispositif d'avances de trésorerie, qui seront ensuite récupérées par déduction sur les montants dus au titre des factures afférentes aux soins dispensés.

Les avances de trésorerie versées par l'assurance maladie (tous régimes confondus) aux cliniques MCO ex OQN en mars et avril 2005, soit les deux premiers mois de mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité dans le secteur privé, s'élèvent respectivement à 533,89 et 420,12 millions d'€.

En août 2005 (dernières données actuellement disponibles), 88 % des avances octroyées étaient récupérées. 82 % des cliniques ont bénéficié de ce dispositif en mars 2005 et 66 % en avril 2005.

Parallèlement, le montant des avances de trésorerie versées aux professionnels de santé libéraux exerçant dans ces cliniques s'élève à 190,24 millions d'€ en mars 2005 et à 175,55 millions d'€ en avril. En août 2005, 92 % des avances octroyées aux professionnels de santé étaient récupérées.

### **Article 24 : Majoration des médicaments et produits dans les départements d'outre mer**

Cet article a complété l'article L. 753-4 du code de la sécurité sociale permettant de majorer dans les départements d'outre mer (DOM), par arrêté interministériel, le prix de certains médicaments remboursables par l'assurance maladie. Compte tenu de la mise en œuvre de la rétrocession issue du décret du 15 juin 2004 et de la montée en charge de la tarification à l'activité, l'article a élargi cette possibilité de majoration :

- aux prix de cession des médicaments rétrocédés ;
- aux tarifs de responsabilité des médicaments pris en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 ;
- aux tarifs et, le cas échéant, aux prix des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à ce même article L. 162-22-7.

La situation particulière de l'outre-mer nécessite en effet la prise en compte de frais (octroi de mer, fret, stockage spécifique etc.) très différents de la métropole, ce qui justifie une gestion des marges séparée. Cependant, le dispositif actuel s'appuie sur des arrêtés anciens (souvent datés du milieu des années 90) qui nécessitent d'importantes refontes.

Dans ce nouveau cadre mieux maîtrisé, plusieurs mesures ont été mises en œuvre au cours de l'année 2005 :

- tout d'abord un premier arrêté du 2 Mai 2005 a fixé la majoration de la marge de rétrocession et des tarifs TAA à 16% avant nouvelle analyse des frais spécifiques de l'outremer ;
- ensuite une mission a été demandée à l'inspection générale des affaires sociales pour faire le bilan sur le mode de rémunération de la distribution pharmaceutique dans les DOM et les nécessités de mise à jour de ces dispositifs.

Cette mission a rendu ses conclusions à la fin du mois de juillet 2005. Elle a permis de réaliser un état des lieux très complet des dispositifs en vigueur. Elle va constituer la base de réflexion pour les ministères de la santé et des solidarités, de l'économie, des finances et de l'industrie et de l'outre-mer, pour la mise en œuvre de nouveaux tarifs de distribution par arrêté interministériel à l'automne 2005.

#### **Article 25 : Missions et financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés**

Cette mesure élargit les missions du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) en prévoyant qu'il est chargé d'effectuer les versements aux établissements de santé des sommes dues au titre des dépenses évitées par la mise en œuvre des accords cadres et des accords locaux, y compris les accords d'initiative locale, mentionnés à l'article L. 6112-13 du code de la santé publique introduit par la loi relative à l'assurance maladie.

La possibilité de financer certaines dépenses des établissements de santé par des crédits du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés a été étendue à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon. Ainsi au titre du volet investissement du plan « hôpital 2007 », l'établissement public de santé de Mayotte bénéficiera cette année d'une subvention de plus d'1 million d'euros.

Enfin, l'article fixe le montant du FMESPP 2005 à 405M€.

#### **Article 26 : Rapport sur la mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 »**

Cet article prévoit l'information du Parlement, à mi parcours, sur la mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 » notamment quant à ses effets sur la gestion des établissements.

Le premier rapport annuel sur la mise en œuvre du plan d'investissement national « Hôpital 2007 » est en cours de préparation. Sa conception est assurée par la Mission d'appui à l'investissement hospitalier, qui s'est assurée les services d'une société d'audit spécialisé.

### **Article 27 : Actes de scanographie réalisés dans le cadre de son exercice libéral par un praticien radiologue hospitalier**

Cet article a complété l'article L.6154-3 du code de la santé publique et dispose :

- que les actes de scanographie donnent lieu au reversement, au bénéfice du praticien radiologue hospitalier, par l'établissement public qui l'emploie, d'une quote-part du forfait technique, lorsque ces actes sont réalisés dans le cadre de l'exercice libéral de ce praticien ;
- qu'un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application de cette disposition.

Le décret n°2005-742 du 1<sup>er</sup> juillet 2005, paru au Journal officiel du 3 juillet 2005, prévoit (article R. 714-28-16 du code de la santé publique) que la quote-part du forfait technique versée aux praticiens radiologues hospitaliers est fixée à 20% de son montant. A cet effet, les praticiens radiologues pratiquant ces actes de scanographie fournissent au directeur de l'établissement public de santé un état récapitulatif trimestriel du nombre d'actes effectués dans le cadre de leur activité libérale. L'établissement public de santé leur reverse trimestriellement la quote-part du forfait technique qui leur revient.

### **Article 28 : Fongibilité entre enveloppes de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie**

Les opérations de fongibilité liées notamment à des opérations de conversion d'activités peuvent avoir un impact sur toutes les composantes de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), y compris l'enveloppe des soins de ville et l'enveloppe médico-sociale. Cet article a donc pour but d'harmoniser le dispositif et de favoriser les conversions d'établissements en organisant une fongibilité totale entre toutes les enveloppes de l'ONDAM.

Dès 2005, les transferts de fongibilité pris en compte pour le calcul des objectifs de l'ONDAM ont intégré ces nouvelles règles.

### **Article 29 : Mission régionale de santé**

Aux termes de cet article, le programme annuel de gestion du risque des missions régionales de santé (MRS) doit intégrer la diffusion des guides de bon usage des soins et des recommandations de bonne pratique élaborés par la Haute autorité de santé et l'évaluation de leur respect.

Début septembre 2005, seules certaines conventions des MRS (notamment celles de la région Provence-Alpes-Côte-D'Azur et celles de Bourgogne) mentionnent les dispositions de l'article 29 de la loi de financement de 2005 dans son intégralité. Les MRS se disent toutefois prêtes à adopter un avenant à la convention pour faire figurer cette obligation.

En ce qui concerne le programme de travail 2005 des MRS, s'il ne mentionne que rarement de manière expresse la diffusion de ces recommandations et de ses guides de bonne pratique, les MRS mènent d'autres actions de diffusion du bon usage. Elles engagent des actions équivalentes au regard des standards et des référentiels reconnus et de la réglementation en vigueur. Ainsi, dans de nombreux programmes de travail

figurent des actions de promotion des génériques, de contrôle des prescriptions d'antibiotiques, des actions de bon usage des médicaments, de promotion du respect de l'ordonnancier bizonne, de promotion des bonnes pratiques en milieu hospitalier et de respect des règles en matière de transports médicalisés.

Toutefois, même dans les cas où cette disposition est formellement intégrée aux programmes de travail, l'absence de production par la Haute autorité de santé, à ce jour, de ces recommandations et de ces guides de bon usage constitue de toutes façons le blocage principal à la mise en œuvre effective de cette disposition.

A mesure que la Haute autorité de santé produira des recommandations et diffusera ses guides de bonne pratique, les MRS, qui revendiquent d'être clairement identifiées comme destinataires, se disent disposées à diffuser ces recommandations, conformément à l'article 29 du PLFSS 2005.

### **Articles 30 : Entretien de santé des mineurs**

L'article introduit dans le code de la sécurité sociale une possibilité d'exonération du ticket modérateur des frais liés aux consultations de prévention destinées aux adolescents en classe de 5<sup>ème</sup>.

Avant de mettre en place cette disposition qui nécessite l'adoption d'un décret en Conseil d'Etat, il a été décidé de mener une expérimentation dans trois régions dès la rentrée scolaire 2005/2006. Cette opération sera financée sur le fonds national de prévention, d'éducation et d'information pour la santé (FNPEIS).

### **Articles 31 : Changement du dispositif de cotisation d'assurance maladie des maîtres de l'enseignement privé**

Cet article, en insérant l'article L. 712-10-1 dans le code de la sécurité sociale, permet de rendre applicable aux personnels enseignants et de documentation, liés à l'Etat par agrément ou par contrat et en activité dans les établissements d'enseignement privés liés à l'Etat par contrat, les dispositions applicables aux enseignants titulaires en matière de maladie, maternité, invalidité décès. Ainsi, les prestations en nature de maladie et de maternité seront couvertes par une cotisation à la charge de l'Etat, les prestations en espèces de maladie, maternité, d'invalidité et de décès étant assurées directement par l'Etat, de même que les prestations en nature ou en espèces en cas d'accidents du travail ou de maladie professionnelle, sans cotisation spécifique.

Pour l'application de ces dispositions, deux décrets doivent intervenir prochainement pour, d'une part, fixer le taux de la cotisation maladie, qui sera ainsi ramené de 12,8 % à 9,7 % pour l'Etat, la cotisation salariale de 0,75 % étant supprimée, de même la cotisation d'accidents du travail est supprimée (décret simple) et, d'autre part, déterminer les prestations en cas d'invalidité (décret en conseil des ministres). Un troisième décret porte application de ces dispositions aux personnels concernés relevant de l'enseignement privé agricole.

L'ensemble de ces dispositions entre en vigueur à effet du 1<sup>er</sup> septembre 2005.

### **Articles 32 : Congé de maternité des victimes du diéthylstilbestrol (DES)**

L'objet de cet article est de créer, par dérogation aux dispositions du code du travail et du code de la sécurité sociale, un congé de maternité en faveur des femmes dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition in utero au diéthylstilbestrol (DES), dès le premier jour d'arrêt.

Les conditions d'application de cette disposition sont fixées par décret en Conseil d'Etat, qui à ce jour, n'a pas encore été pris.

En effet, l'exposition de certaines femmes au DES in utero est un problème complexe et sensible. C'est pourquoi le Gouvernement s'est engagé devant les parlementaires, lors des débats sur le projet de loi relative à la politique de santé publique au printemps 2004, à constituer un groupe de travail pour appréhender la totalité des problèmes liés au DES. Il s'est réuni pour la première fois en avril 2005 et devrait rendre ses conclusions à la fin de cette année. S'agissant du décret lui-même, il devrait être soumis prochainement à la concertation des associations concernées, avant de faire l'objet d'une saisine du conseil d'Etat, de la CNAMTS et de l'UNCAM.

### **Article 33 : Financement du fonds d'aide à la qualité des soins de ville**

Afin de laisser le temps d'une réflexion sur les évolutions envisageables du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), cet article a prolongé la durée du fonds jusqu'au 31 décembre 2007. En effet, le rapport d'évaluation de l'activité du fonds, prévu par l'article 27 de la LFSS pour 2002, sera remis par la CNAMTS au Gouvernement et au Parlement d'ici le 30 septembre prochain. En outre, le ministre de la santé et des solidarités a chargé l'Inspection générale des affaires sociales d'une mission visant à évaluer le fonctionnement du fonds et à proposer des pistes d'évolution et d'éventuelle pérennisation.

S'agissant des ressources du fonds, cet article prévoit que la participation du régime général d'assurance maladie, des régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture. Cet arrêté interministériel sera pris prochainement, sur la base de la structure de répartition utilisée précédemment, à savoir les montants des prestations en nature du dernier exercice connu.

Enfin, cet article fixe pour 2005 le montant de la dotation au FAQSV à 60 M€ ainsi que le montant maximal de dépenses autorisées, à 106 M €.

### **Article 34 : Prolongation des conventions médicales**

Cet article garantit la continuité des dispositions conventionnelles, tant qu'une nouvelle convention, un nouvel accord-cadre ou un accord conventionnel inter-professionnel ne sont pas intervenus.

Il tient notamment compte du fait que, dorénavant et conformément à l'article L.162-15 du code de la sécurité sociale issu de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance

maladie, au moins deux organisations syndicales peuvent s'opposer à un nouveau texte qui, en ce cas, ne peut entrer en vigueur.

Pour mémoire, une nouvelle convention fixe les rapports entre les médecins libéraux et les caisses d'assurance maladie (convention signée le 12 janvier 2005). Des négociations conventionnelles sont actuellement engagées avec les professions d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs. La profession de sages-femmes, celle des chirurgiens-dentistes, et les autres professions paramédicales ouvriront prochainement des discussions dans ce même sens.

### **Article 35 : Lutte contre la fraude sur les cartes vitale**

Cet article a introduit une base légale pour l'utilisation des listes d'opposition et a rappelé que le paiement d'une prestation ne pouvait être effectué lorsque la carte Vitale est inscrite sur la liste d'opposition.

La plupart des convention nationales pour les professions médicales et para médicales (médecins, chirurgiens dentistes, masseurs kinésithérapeutes, sages femmes, infirmières, orthophonistes, orthoptistes, centres de santé) prévoient la mise en place et l'utilisation d'une liste d'opposition des cartes perdues, volées ou dénoncées.

En 2005, le dispositif opérationnel a été mis en place dans les officines, il sera élargi progressivement à l'ensemble des professions.

### **Article 36 : Dotation de financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux des affectations iatrogènes et des infections nosocomiales**

Cet article fixe à 30 millions d'euros le montant de la dotation annuelle de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affectations iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM). Cette mesure est d'application directe.

### **Article 37 : Fonds de concours BIOTOX**

Cet article a permis d'élargir le champ d'intervention du fonds de concours BIOTOX aux personnes exposées à une menace sanitaire grave, quelque soit son origine ou sa nature.

Par ailleurs la dotation au fonds pour 2004 a été fixée à 62 M€.

### **Article 38 : Recouvrement des indus auprès des hôpitaux**

Cet article permet à l'organisme de sécurité sociale de recouvrer auprès du professionnel ou de l'établissement de santé les sommes indûment versées, que l'assuré ait ou non fait l'avance des frais. Outre le non respect de la classification commune des actes médicaux (CCAM), de la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM), de la liste des produits et prestations (LPP) et de la tarification des règles de transport, le champ de cet article est étendu aux règles de facturation des médicaments. Il permet par ailleurs aux caisses de récupérer dans des conditions proches de celles des URSSAF toutes les sommes dues et de réclamer des majorations de retard.

Ce dispositif, destiné à faciliter la récupération d'indus par les caisses n'a pas encore été mis en œuvre, dans la mesure où, dès la sortie du décret d'application, le truchement des articles L. 256-5 du code de la sécurité sociale et L. 725-3 du code rural, également instaurés par la LFSS pour 2005, conduit à mettre en place cette procédure pour le recouvrement des sommes indûment versées aux assurés. Or, une autre procédure de récupération des indus, amiable et plus souple, consistant à récupérer les sommes indûment versées par retenues sur les prestations à venir ou par versement de l'assuré, après examen par la caisse de la situation du ménage avait été instituée par l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale, créé par la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004.

Sous peine d'incohérence, ces deux procédures ne peuvent être actionnées simultanément et l'abrogation des articles L. 256-5 du code de la sécurité sociale et L. 725-3 du code rural est envisagée. Des expertises sont encore en cours, avec le concours des organismes nationaux de sécurité sociale, afin de déterminer les modalités les plus efficaces à retenir.

#### **Article 39 : Expertise médicale en cas de contestation de la prise en charge thérapeutique**

L'objet de cet article est de permettre le recours à la procédure de l'expertise médicale en cas de contestation, notamment de la part de l'assuré, de la prise en charge thérapeutique. Cette dernière procédure est rapide et pré-contentieuse et peut éviter le recours au tribunal des affaires de sécurité sociale, qui est une voie de recours beaucoup plus longue.

Les conditions de cette procédure d'expertise médicale sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Ce décret n'a pas encore été pris.

#### **Article 40 : Couverture du forfait 1 euro par les organismes de protection complémentaire.**

L'objet de cet article est de prévoir l'application aux assurés des régimes spéciaux la participation forfaitaire de 1€ sur les consultations et les actes médicaux effectués en ville ou dans le cadre d'une consultation externe d'un établissement de santé ainsi que sur les actes de biologie médicale, instaurée par l'article 20 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Cette disposition prévoit en outre que les contrats des organismes d'assurance maladie complémentaire sont réputés ne pas couvrir cette participation, dès lors qu'ils ne prévoient pas expressément sa prise en charge.

Cette disposition ne nécessite pas de mesure d'application.

## **4 - Dispositions relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles**

---

### **Article 45 : Dotation du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante**

Cet article fixe à 200 millions d'euros le montant de la dotation annuelle du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). Cette mesure est d'application directe.

### **Article 46 : Dotation du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante**

Cet article fixe à 600 millions d'euros le montant de la dotation annuelle du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA). Cette mesure est d'application directe.

### **Article 47 – Contribution des employeurs au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante**

Il est institué au profit du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) une contribution à la charge de l'entreprise dans laquelle le salarié bénéficiaire de la cessation anticipée d'activité a travaillé dans un milieu où était traitée l'amiante.

Le décret n°2005-417 du 2 mai 2005 fixe les modalités d'application de l'article 47.

Une circulaire (DSS/2C n°2005-239) du 23 mai 2005 précise les règles relatives au calcul de la contribution et les procédures qui s'y rapportent.

### **Article 48 : Conditions d'inscription sur le liste de la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante**

L'inscription des établissements ou ports ouvrant droit à la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante intervient après information de l'employeur concerné ; elle est notifiée à l'employeur. Elle fait l'objet d'un affichage sur le lieu de travail.

Concernant le dispositif d'information préalable de l'employeur au cours des procédures d'inscriptions des établissements sur les listes de la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (CAATA), la circulaire DRT/CT2 n°2004/03 du 6 février 2004 relative à la procédure applicable en matière de CAATA prévoit d'ores et déjà qu'il convient, pour toute enquête, d'informer et de consulter systématiquement notamment le directeur de l'établissement concerné par la demande d'inscription.

La procédure de notification à l'employeur des décisions d'inscription ou de modification d'inscription des établissements sur les listes ouvrant droit à la CAATA, prévue à l'article 48 précité, est actuellement en cours de mise en œuvre.



#### **Article 49 : Règle de fixation des cotisations d'accidents du travail**

Cet article précise que les majorations appliquées au taux brut sont fixées pour réaliser l'équilibre financier de la branche tel que déterminé par la loi de financement de la sécurité sociale.

Cette mesure trouvera sa première application en décembre 2005.

#### **Article 50 : Transfert annuel entre la branche accident du travail et maladie professionnelle et la branche maladie du régime général**

Cet article fixe à 330 millions d'euros le montant du transfert annuel de la branche accident du travail et maladie professionnelle vers la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. Cette mesure est d'application directe.

### **5 - Dispositions relatives à la famille**

#### **Article 53 : Réforme du financement de l'Union nationale des associations familiales**

Cet article introduit une modification substantielle des modalités d'évolution et d'utilisation du fonds spécial qui finance l'Union nationale des associations familiales (UNAF) et ses différentes composantes.

On distingue désormais deux enveloppes :

- une première enveloppe (80 % du total) destinée à financer les missions traditionnelles de l'UNAF, évolue comme la base mensuelle des allocations familiales, c'est-à-dire comme l'inflation
- une seconde enveloppe (20 % du total), destinée à financer des actions décidées dans le cadre d'une convention entre l'Etat, l'UNAF et chaque Union départementale des associations familiales (UDAF), évolue comme la masse des prestations familiales servies.

Un mécanisme de contrôle et d'évaluation est également prévu.

Il s'agit, d'une part, de modérer le taux d'évolution global du fonds spécial et, d'autre part, de renforcer le pilotage du dispositif en introduisant – sur une partie de l'enveloppe – un mécanisme conventionnel. Il est ainsi répondu aux principales critiques formulées par la Cour des comptes tant sur la dynamique que sur l'usage du fonds spécial.

Le projet de décret en Conseil d'Etat sera publié prochainement.

**Article 54 : Contribution de la Caisse nationale des allocations familiales au financement de la majoration de pension pour enfants.**

La part du financement des dépenses prises en charge par le fonds solidarité vieillesse au titre de la majoration de pension pour enfants, incombant à la CNAF en application de l'article L 223-1-5° du code de la sécurité sociale, est maintenue, comme en 2004, au taux de 60%.

Cette mesure est d'application directe.

## **6 - Dispositions relatives à la vieillesse**

**Article 56 : Versement d'une soulte des industries électriques et gazières**

Le 1° du I de cet article prévoit le versement au fonds de réserve pour les retraites (FRR) d'une partie de la soulte acquittée par les industries électriques et gazières (IEG) au titre de l'adossement de leur régime d'assurance vieillesse à celui du régime général.

L'arrêté prévu par cet article a été pris le 31 janvier 2005.

Le 2° du I prévoit que les versements effectués par les caisses nationales industries électriques et gazières (CNIEG) au titre de cette soulte à la caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) et au FRR sont garantis par l'État.

Aucune mesure d'application n'est nécessaire à cette disposition.

Le 3° du II autorise le FRR à gérer directement des actifs qu'ils détiennent afin de préserver, de manière temporaire et lorsque des conditions exceptionnelles sont réunies. L'arrêté qui doit fixer les conditions d'application de cette disposition devrait être publié cet automne.

Le 4° modifie les modalités de certification des comptes du FRR par les commissaires aux comptes. Aucun texte d'application n'est prévu dans la loi mais il est nécessaire de modifier le code de la sécurité sociale dans sa partie réglementaire pour le rendre conforme aux dispositions législatives.

Un décret en Conseil d'État devrait être publié cet automne.

**Article 57 : Retraite anticipée de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales**

Cet article prévoit l'application du dispositif "longues carrières" mis en oeuvre pour les fonctionnaires de l'État aux fonctionnaires territoriaux et hospitaliers affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) qui justifient, dans ce régime et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, d'une durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes au moins égales à cent soixante-huit trimestres.

Ce dispositif qui prend progressivement effet au 1<sup>er</sup> janvier 2005 ne concerne actuellement que les fonctionnaires âgés de cinquante-neuf ans justifiant d'une durée d'activité ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à cent soixante trimestres et ayant débuté leur activité avant l'âge de dix-sept ans.

Pour le premier semestre 2005, la CNRACL a reçu 723 dossiers de demandes dont 344 ont obtenu un avis favorable et 94 dossiers sont en attente d'informations complémentaires. Les autres demandes ne remplissent pas les conditions prévues pour 2005.

## **7 - Mesures diverses et dispositions relatives à la trésorerie**

---

### **Article 61 : Transfert du recouvrement des taxes pharmaceutiques aux URSSAF**

Cet article organise, par mesure de simplification, le transfert du recouvrement des contributions à la charge de l'industrie pharmaceutique de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à des URSSAF, à désigner par son directeur.

Les mesures d'application ont été prises dans le décret n°2005-335 du 8 avril 2005, et le directeur de l'ACOSS a désigné les URSSAF de PARIS et LYON pour recouvrer les contributions concernées.

### **Article 62 : Gestion du recouvrement par la caisse maritime d'allocations familiales**

La Caisse maritime d'allocations familiales (CMAF) assure aujourd'hui des missions spécifiques de recouvrement de cotisations d'allocations familiales, de la contribution sociale généralisée et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale. Cet article a clarifié ses compétences en la matière et a procédé à une validation législative des actions de recouvrement qu'elle a mené depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1999.

### **Article 63 : Mission des caisses pivots**

Cette mesure vise à opérer une clarification des responsabilités respectives des caisses pivots et des caisses d'affiliation des assurés dans le versement des prestations d'hospitalisation et précise le champ de compétence des caisses pivots dans le cadre du passage à la tarification à l'activité des établissements antérieurement financés par dotation globale.

Les dispositions du I à III nécessitent pour leur application un décret en Conseil d'Etat qui est en cours d'élaboration.

Les dispositions du IV ont été appliquées directement par les caisses.

### **Article 64 : Certification des comptes**

Cet article prévoit que l'agent comptable de la caisse nationale, après avoir centralisé les comptes des caisses de son réseau, les valide et établit le compte combiné de la branche ou du régime. Les comptes annuels et les comptes combinés annuels sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes. Les comptes des régimes de protection sociale agricole sont également transmis au ministre chargé de l'agriculture.

En application de cet article, les travaux sont poursuivis, au cours de l'année 2005, pour définir, par décret, les modalités d'application de ces dispositions et achever l'élaboration d'un référentiel de normes comptables qui permettra à l'agent comptable national de valider les comptes locaux.

Le projet de décret, en cours de finalisation, consacre le rôle du comptable national dans la validation des comptes (définition de la validation, contenu du rapport de validation, combinaison des comptes...). Il devrait paraître d'ici la fin de l'année 2005 et sera complété par un arrêté.

L'ensemble de ce dispositif doit permettre une certification des comptes des régimes de sécurité sociale, dès les comptes 2006 pour le régime général (cf. loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005) et, au plus tard, à compter des comptes 2008 pour les autres régimes (cf. article 26 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006).

#### **Article 65 : Dispositif d'alerte par les caisses nationales de sécurité sociale en cas de dérapage des dépenses**

Cet article ouvre la possibilité pour les organismes nationaux de sécurité sociale d'alerter le Gouvernement et le Parlement en cas d'évolution des dépenses de la branche ou du régime incompatible avec le respect des objectifs votés par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale.

A la fin du mois de septembre 2005, aucune alerte n'avait été émise.

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

## **I - Mesures de simplification en matière de recouvrement**

---

### **A – Problématique de la simplification**

Les mesures de simplification en matière de recouvrement des recettes de la sécurité sociale mises en œuvre en 2005 doivent être replacées dans une perspective plus large, celle d'une politique de simplification, qui s'est constituée et structurée progressivement au fil du temps.

Le domaine social en général et le prélèvement social en particulier se caractérise par une grande diversité dont il résulte une certaine complexité. Il existe en effet de nombreuses règles instituées par le législateur ou le pouvoir réglementaire au gré de la mise en place de nouveaux besoins de financement qui, soit se superposent, soit évoluent régulièrement. Cette variété des règles résulte également de la protection sociale complémentaire (retraite et prévoyance) ainsi que l'assurance chômage, qui sont gérées par les partenaires sociaux au sein d'institutions paritaires, fixant librement leurs règles et disposant d'une totale autonomie administrative et financière.

Les formalités et les procédures qui résultent de ces règles diverses, peuvent provoquer chez les cotisants (entreprises, associations, travailleurs indépendants, particuliers employeurs), d'une part le sentiment de subir des charges supplémentaires, « l'impôt-papier », d'autre part, la crainte de subir des pénalités financières, par omission ou mauvaise interprétation de leurs obligations. Si la diversité des règles ne posent guère de difficulté de gestion aux entreprises importantes, du fait de leurs moyens administratifs et financiers, elle peut apparaître plus problématique pour les structures de petite taille.

### **B – Les solutions mises en place jusqu'en 2005**

Pour faire face à une demande croissante de simplification, la réponse des pouvoirs publics a été dans un premier temps empirique, puis s'est organisée autour de lignes directrices prenant en compte les spécificités et la diversité des cotisants, ainsi que l'évolution des technologies.

#### **1° Les premières déclarations uniques**

Une première étape, déjà ancienne, a consisté à regrouper des déclarations identiques ou connexes sur un seul support, adressé à un service pivot, chargé de la répartition entre organismes concernés. A titre d'exemple, le « centre de formalité des entreprises » (CFE), institué en 1973, la déclaration annuelle de données sociales

(DADS) dans les années 1980 et, plus récemment en 1993 la « déclaration commune de revenus » (DCR) des travailleurs indépendants et en 1995 la déclaration unique d'embauche (DUE).

Ce principe de déclaration unique a été formalisé par la loi du 11 février 1994 sur l'initiative et l'entreprise individuelle en ce qui concerne les déclarations de salaires. Les organismes concernés par cette obligation devaient passer des conventions entre eux pour la mise en œuvre du principe. Il aura fallu une dizaine d'années pour recevoir un début d'application avec la « déclaration unifiée de cotisations sociales » (DUCS).

Si ce premier pas vers la simplification constitue une avancée, il connaît ses limites ; d'une part ces procédures de regroupements étaient tributaires du support papier, avec ses lourdeurs et ses délais, d'autre part il ignore le regroupement des paiements, demande forte des cotisants, écarté d'ailleurs formellement par la loi du 11 février 1994.

Les solutions retenues vont désormais s'ordonner autour de deux axes principaux : le développement de dispositifs simplifiés « sectorisés » et celui de déclarations mutualisées dématérialisées.

## **2° Les dispositifs de « chèques-services » et d'organismes de recouvrement uniques**

L'action des pouvoirs publics s'oriente donc dans un premier temps vers la prise en compte de publics ciblés qui méritent un traitement particulier au regard de leurs difficultés vis-à-vis de la complexité administrative. Lorsque le service offert s'adresse à un seul secteur ou une seule profession, la segmentation de l'offre permet une gestion plus efficace du dispositif de simplification.

### **Le chèque-emploi service**

Il a été institué par la loi quinquennale pour l'emploi de 1993, puis réformé par la loi du 29 janvier 1996.

Le premier dispositif regroupant les déclarations et les paiements, sous une forme très simplifiée a été le « chèque-emploi service » (CES) pour l'emploi de salariés par les particuliers à leur domicile. Sur un seul document - du format d'un chèque bancaire - le particulier adresse à un organisme unique, le centre national de traitement implanté à l'URSSAF de Saint-Etienne, un volet social complété d'un minimum d'informations relatives à l'emploi et à la rémunération du salarié. L'employeur verse à son salarié une rémunération nette, à l'aide du chèque bancaire inclus dans le carnet de CES. Le centre national calcule l'ensemble des cotisations et contributions dues (à l'URSSAF, à l'Assédict, à l'IRCEM retraite et prévoyance, à la formation professionnelle continue), les encaisse par prélèvement automatique (puis les ventile entre les organismes destinataires), et adresse au salarié une attestation d'emploi valant bulletin de paie. Le CES dispense en outre de contrat de travail (dans la limite d'un certain temps d'emploi).

Cette simplification a connu un succès considérable. Si ce succès est en grande partie dû à la réduction fiscale qui y est associée, le principe adopté est considéré comme exemplaire par sa simplicité et sa fiabilité.

C'est ce modèle qui servira d'exemple pour des dispositifs similaires, avec les adaptations nécessaires. Toutefois, il convient de souligner que la simplicité du CES est liée au fait que, dans le domaine des particuliers employeurs, la convention collective est unique pour toutes les professions concernées, que la retraite complémentaire et la prévoyance relèvent d'une seule institution, que le principe du guichet unique de recouvrement était déjà en vigueur avant la création du CES, enfin que la négociation du salaire est faite dans ce secteur d'activité essentiellement à partir du net à payer, ce qui facilite le processus de liaison entre l'employeur et le centre national de traitement du CES. Ce ne sera pas le cas dans les autres dispositifs qui s'avéreront plus compliqués à réaliser.

### **Le titre de travail simplifié**

Afin de favoriser les emplois de courte durée et lutter contre le travail non déclaré dans les DOM, la loi d'orientation pour l'outre-mer du 13/12/2000 a institué dans ces départements et à Saint-Pierre-et-Miquelon un « titre de travail simplifié » (TTS) fonctionnant sur le même principe que le CES, géré par les caisses générales de sécurité sociale. Il se substitue au CES pour les particuliers employeurs et est ouvert aux entreprises de moins de 11 salariés pour des emplois de courte durée (moins de 100 jours par an). Le TTS permet de payer des cotisations sur une base forfaitaire réduite, plus avantageuse que le droit commun et de payer en net les salariés.

La loi de programme pour l'outre-mer du 21 juillet 2003 a modifié le régime du TTS pour permettre l'emploi au delà de 100 jours, moyennant la transformation du contrat de travail du salarié en contrat à durée indéterminée.

### **Le chèque-emploi associatif**

La loi du 19 mai 2003 résultant d'une initiative parlementaire, institue un « chèque-emploi associatif » (CEA), toujours sur le modèle du CES, pour simplifier les déclarations sociales et les paiements pour les petites associations qui emploient des salariés. A l'origine limité à un salarié temps plein, la limite d'effectif a été portée à 3 salariés par l'ordonnance du 18 décembre 2003.

Comme pour le chèque-emploi service, 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, calcule les cotisations et contributions dues et établit une attestation d'emploi pour les salariés.

### **La PAJE – complément de mode de garde**

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 une assistante maternelle ou une garde d'enfant à domicile, un dispositif calqué sur le CES a été mis en place.

Un centre national unique a été constitué au sein de l'URSSAF du Puy-en-Velay, afin de calculer les cotisations, les encaisser, établir les attestations d'emploi des salariés et communiquer les informations nécessaires pour la liquidation de la prestation aux caisses d'allocations familiales ou de MSA. A la différence du CES, les carnets « Pajemploi » ne comportent pas de formule de chèque.

### **Le titre emploi entreprise**

L'ordonnance du 18 décembre 2003 institue un « titre-emploi entreprise » (TEE) destiné à simplifier les formalités liées à l'embauche et à l'emploi de salariés dans les entreprises de 10 salariés au plus ou dans les entreprises employant des salariés moins de 100 jours par an (emploi occasionnel).

Le TEE tient lieu de contrat de travail, 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 à l'URSSAF. L'employeur paye son salarié en net, mais le TEE ne comporte pas de formule de chèque.

D'abord expérimenté dans 5 régions et limité à certaines professions (notamment les cafés-hôtels-restaurants et le bâtiment) le TEE a été étendu à tout le territoire en juin 2004 pour ces mêmes professions, puis à de nouvelles en septembre (coiffure, bouche-rie, garages, services aux entreprises...) mais dans le seul emploi « occasionnel ».

Des difficultés d'application n'ont pas permis d'ouvrir le TEE aux emplois permanents (cf. III, 1°) et ont conduit en 2005 à réorganiser le dispositif du TEE.

Après l'annulation partielle par le Conseil d'Etat, pour des motifs de forme, du décret du 9 février 2004, deux décrets pris le 10 août 2005 réservent désormais le TEE à l'emploi de salariés occasionnels (moins de cent jours par an, quelle que soit la taille de l'entreprise).

### **Le service emploi associations**

La même ordonnance du 18 décembre 2003 instaure, en complément du CEA, un « service emploi association » (SEA), pour les associations employant jusqu'à 10 salariés.

Ce service constitue une aide à l'accomplissement des obligations déclaratives en matière sociale, plus développée que celle offerte par le chèque-emploi associatif. Il est organisé par les URSSAF mais peut, par convention être effectué par des « tiers de confiance ».

### **Le guichet unique spectacle occasionnel (GUSO)**

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



Le GUSO permet d'accomplir, auprès d'un centre unique localisé à Annecy et géré par le régime d'assurance chômage, l'ensemble des formalités relatives à l'emploi de ces personnels ainsi que d'effectuer un paiement unique des cotisations et contributions ; 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. D'une part il est rendu obligatoire pour tous les employeurs compris dans son champ, d'autre part ce champ est élargi à toute personne physique ou morale, privée ou publique embauchant des artistes ou techniciens du spectacle dès lors que cette activité ne constitue pas leur activité habituelle.

Tels sont, jusqu'en 2004, les principaux dispositifs simplifiés auxquels on peut ajouter, pour mémoire, 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 qui a reçu une base réglementaire par un décret du 26 août 2004 est géré par l'URSSAF de Nîmes.
- un guichet unique des employeurs étrangers sans établissement en France institué par la loi de financement de la sécurité sociale du 18 décembre 2003.

### **Utilisation des dispositifs de simplification Volumétrie (au 1/09/2005)**

	Adhérents	Salariés concernés
CES	970.000	522.500
TTS (au 01/08/05)	4.150	34.670
CEA	18.000	27.700
PAJE	261.500	202.000
Service emploi associations	11.820	59.800
TEE	31.000	34.000
GUSO	318.920	166.660

### **3° Les déclarations mutualisées dématérialisées**

Une autre voie de la simplification a pu être ouverte en s'appuyant sur la dématérialisation et le développement de l'internet. Ces techniques permettent de s'affranchir des contraintes des destinataires multiples, des délais de transmission et permettent aussi en temps réel des contrôles de qualité, pour autant que les organismes sociaux présentent une politique d'offre commune de service.

C'est à quoi se sont attachés les pouvoirs publics en suscitant la création d'un groupement d'intérêt public (GIP) : le GIP Modernisation des déclarations sociales (GIP-MDS) en mars 2000.

Ce groupement inclut la totalité des organismes nationaux de protection sociale tous régimes confondus ainsi que des fédérations d'assureurs et les organisations professionnelles patronales (Médéf, qui préside le GIP, CGPME, UPA, FNSEA). Il a pour

mission de promouvoir les déclarations sociales dématérialisées et d'offrir un accès à celles-ci 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.

Les diverses déclarations sociales sont donc accessibles en ligne, l'intérêt principal étant que certaines d'entre-elles (la DUCS, la DADS-U) sont multi-organismes ce qui permet en une seule fois de satisfaire plusieurs obligations.

La DUCS (déclaration unifiée de cotisations sociales) est commune à l'URSSAF, l'Assédic, l'AGIRC, l'ARRCO et éventuellement aux caisses de congés payés du bâtiment. La DADS-U (déclaration automatisée de données sociales) est la déclaration annuelle de données sociales commune au régime général (qui en répartit d'ailleurs les informations entre une douzaine d'administrations ou services) et les institutions de retraite complémentaire et de prévoyance.

La DUCS et la DADS-U connaissent, après un démarrage lent, un développement prometteur ; la progression entre 2004 et 2005 sera significative (de + 50% à + 200% selon les déclarations concernées).

L'ordonnance du 18 décembre 2003 a par ailleurs créé une « déclaration unifiée de cotisations sociales individualisée »(DUCS-i), dispositif de simplification pour les entreprises de 10 salariés au plus, permettant sur le site « Net-entreprises » de déclarer mois par mois les éléments de rémunération de chaque salarié ; le service DUCS-i propose alors un modèle de bulletin de paie et, chaque trimestre cumule et agrège les données fournies par l'entreprise pour constituer les déclarations sociales sous forme de DUCS et calculer les montants dus par l'entreprise. Enfin, un module DUCS-i spécialisé dans le secteur du BTP a été mis en place fin 2004.

Ce panorama de la simplification du recouvrement doit être complété par les services mis en œuvre en 2005.

## **C – Les simplifications intervenues en 2005**

En 2005 d'autres dispositifs simplifiés ont été mis en œuvre au profit des entreprises ou des particuliers employeurs dans la ligne des orientations arrêtées les années précédentes. C'est ainsi que 2 dispositifs ont vu le jour :

- 1 - le « chèque-emploi pour les très petites entreprises »
- 2 - le « chèque-emploi service universel »

### **1° Le « chèque-emploi pour les très petites entreprises (CETPE)**

L'ordonnance n° 2005-903 du 2 août 2005 prise en application de la loi du 26 juillet 2005 habilitant le Gouvernement à prendre des mesures d'urgence pour l'emploi, crée un « chèque-emploi pour les très petites entreprises ».

L'ordonnance est complétée par un décret du 26 août 2005 et un arrêté du 29 août 2005, pris pour son application.

Le « chèque-emploi pour les très petites entreprises » se substitue au « titre emploi-entreprises » pour les salariés « permanents » en conservant ses caractéristiques de

simplification. Il est réservé aux entreprises de cinq salariés au plus. Ce seuil maximum permet de le rendre acceptable pour les professionnels de la paie, d'autant qu'il est prévu que ceux-ci pourront proposer directement le CETPE à leurs clients. Une convention a été signée à cet effet entre l'ordre des experts comptables, l'ACOSS et l'Etat, le 21 septembre 2005. Le CETPE peut comporter une formule de chèque, destinée à rémunérer le salarié.

Le CETPE permet à l'employeur, comme le TEE, d'effectuer l'ensemble des formalités liées à l'embauche et à l'emploi de salariés (contrats de travail, bulletin de paie), ainsi que l'ensemble des déclarations de cotisations et contributions sociales et les paiements correspondants aux différents organismes de protection sociale. Il est géré par des centres nationaux de traitement institués au sein des URSSAF de Paris, Lyon et Bordeaux.

Le « chèque-emploi pour les très petites entreprises » est entré en application le 1<sup>er</sup> septembre 2005.

## **2° Le chèque emploi-service universel (CESU).**

La loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne institue un « chèque-emploi service universel », permettant de rémunérer les services à la personne en remplaçant le chèque emploi service et le titre emploi service.

Le CESU permet aux particuliers soit de rémunérer et déclarer des salariés (emploi direct) soit de rémunérer des services prestataires.

Le CESU peut faire l'objet d'un préfinancement, total ou partiel, par une personne physique ou morale (entreprise, comité d'entreprise, administration, collectivité locale, mutuelle...). Cette 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. Dans ce cas, le bénéficiaire de l'aide financière, matérialisée par un « titre spécial de paiement » peut régler au moyen de ce titre comportant une valeur faciale - partiellement ou totalement - un service prestataire ou, le cas échéant, son salarié.

Dans le cas d'emploi direct, le particulier employeur qui utilise le CESU déclare la rémunération de son salarié au moyen d'un volet social (comme avec le chèque emploi service) et un centre national de traitement établit et adresse au salarié, pour le compte de l'employeur, une attestation d'emploi valant bulletin de paie. L'employeur qui déclare son salarié sur la valeur réelle de la rémunération bénéficie d'un abattement de 15 points sur les cotisations patronales de sécurité sociale.

Dans tous les cas, l'utilisateur du CESU bénéficie d'une réduction d'impôt de 50% de ses dépenses (plafonnée), le montant de l'éventuel préfinancement n'étant toutefois pas pris en compte dans celles-ci.

Le CESU constitue donc à la fois un instrument de simplification, pour les déclarations sociales des particuliers employeurs, permettant d'améliorer la couverture sociale des salariés et, un instrument de développement très important de l'emploi dans les services à la personne compte tenu des avantages fiscaux et sociaux qui y sont attachés. Le potentiel de création d'emplois dans ce secteur est évalué à 500.000 en trois ans.

Le chèque-emploi service universel entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2006.

## **II - Mesures de simplification en matière de gestion des prestations**

---

Les simplifications administratives représentent une préoccupation importante tant pour l'Etat que pour les caisses de sécurité sociale afin d'alléger les formalités et démarches des assurés, de rendre plus compréhensibles les droits et les procédures et de simplifier le fonctionnement et les coûts de gestion des organismes.

Cet objectif est mis en œuvre par de nombreuses voies. On peut ainsi souligner la part importante occupée par des dispositions en matière de sécurité sociale dans les deux lois récentes de simplification du droit et la prise de nombreuses ordonnances et textes réglementaires. La démarche de simplification est également conduite dans le cadre de la réforme de certaines prestations comme cela a été notamment le cas avec la création de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). La mise en œuvre de simplifications est aussi menée dans un cadre interministériel avec la simplification des formulaires ou la réduction du nombre des commissions intervenant dans les procédures. Elle est enfin l'un des objectifs développés dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG) signées entre l'Etat et les caisses nationales de sécurité sociale.

### **A - Contribution de la sécurité sociale aux démarches législatives de simplification du droit**

Deux lois successives de juillet 2003 puis de décembre 2004 ont habilité le gouvernement à simplifier le droit par voie d'ordonnances. Ces deux lois contiennent de nombreuses dispositions en matière de sécurité sociale et la plus grande partie de ces sujets a déjà fait l'objet d'ordonnances publiées en 2004 et en 2005. D'autres ordonnances sont en préparation et doivent être publiées avant la fin de l'année.

#### **1° L'ordonnance n° 2004-329 du 15 avril 2004 allégeant les formalités applicables à certaines prestations sociales**

Cette ordonnance, prise en application de l'article 15 de la loi n° 2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le Gouvernement à simplifier le droit, vise à faciliter la vie des bénéficiaires de diverses prestations de sécurité sociale.

Ce texte profite d'abord aux parents de jeunes enfants. Il clarifie, en garantissant intégralement les droits acquis, le champ de l'assurance maternité par rapport à celui de l'assurance maladie. Il harmonise sur la situation la plus favorable les montants des prestations maternité pour les conjointes collaboratrices des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés. Il garantit mieux les droits aux indemnités journalières maladie pour les parents qui ont pris un congé de présence parentale.

Il allège et assouplit également la législation relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles notamment en permettant le rachat immédiat des rentes par la suppression du délai de cinq ans et en élargissant le versement des indemnités journalières aux jours non ouvrables. Il étend par ailleurs le dispositif de la carte SESAM-Vitale aux prestations de la branche accidents du travail et maladies professionnelles afin notamment d'accélérer les délais de règlement des créances et honoraires et de réduire ainsi les coûts de gestion des dépenses correspondantes au niveau des caisses.

Le texte concerne enfin les assurés sociaux en simplifiant et facilitant leurs relations avec les acteurs de la santé et de la protection sociale. Il permet un remboursement immédiat de l'assuré victime d'un dépassement des prix réglementés par un établissement ou professionnel de santé, il autorise, pour les pluri-actifs, le libre choix de la caisse d'assurance maladie leur versant les prestations en nature et organise un remboursement satisfaisant et sans contraintes administratives excessives des soins reçus dans un autre Etat membre de l'Union européenne.

## **2° L'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004, simplifiant le minimum vieillesse.**

Cette ordonnance a été prise en application de l'article 15 de la loi précitée du 2 juillet 2003.

Elle simplifie la réglementation des prestations constitutives du minimum vieillesse.

Le minimum vieillesse résultait du cumul de diverses prestations, en vue d'assurer au bénéficiaire un montant minimum de ressources. Il était constitué de deux étages de prestations :

- le premier étage garantissait un montant équivalent à celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS) par le biais de huit prestations différentes : allocation spéciale, majoration de l'article L. 814-2, allocation aux vieux travailleurs salariés ou non salariés (AVTS et AVTNS), secours viager, allocation aux mères de famille, allocations vieillesse des exploitants agricoles et des professions libérales ;
- chacune de ces prestations était susceptible d'être complétée, afin de porter l'ensemble des ressources du bénéficiaire au montant du minimum vieillesse, par une prestation unique, l'allocation supplémentaire, qui constituait le deuxième étage du minimum vieillesse.

L'existence de ces deux étages était source de complexité pour les assurés qui avaient parfois du mal à savoir quels étaient leurs droits et à quel organisme s'adresser pour percevoir le minimum vieillesse.

En conséquence, l'ordonnance a remplacé le dispositif actuel par une prestation unique et différentielle sur le modèle du revenu minimum d'insertion. Le montant de cette prestation est ainsi égal à la différence entre le montant des ressources propres de la personne et le montant du minimum de ressources garanti aux personnes âgées.

Un complément de retraite spécifique aux non-résidents est mis en place en parallèle à l'allocation unique qui, elle, est soumise à une condition de résidence.

Comme auparavant, l'allocation unique est servie, soit par le service ou l'organisme de retraite en charge de l'avantage de retraite de base, soit par un service spécifique géré par la Caisse des dépôts et consignations, lorsque la personne ne relève d'aucun régime d'assurance vieillesse en France. Le financement de cette allocation, ainsi que du complément de retraite, reste également assuré par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

La mise en place de l'allocation unique s'accompagne de la suppression des 9 allocations différentes antérieures. Toutefois, ces abrogations ne concernent que le flux des nouveaux bénéficiaires.

### **3° L'ordonnance n° 2005-655 du 8 juin 2005 relative au logement et à la construction**

Les simplifications introduites par cette ordonnance prise en application de l'article 19 de la loi de simplification du droit du 9 décembre 2004 visent notamment à simplifier, clarifier et harmoniser la réglementation des aides personnelles au logement (l'aide personnalisée au logement (APL), l'allocation de logement (l'allocation de logement familiale -ALF-et de l'allocation de logement sociale-ALS), à en améliorer la gestion et à tirer les conséquences de la fusion du fonds national d'aide au logement et du fonds national de l'habitation. Elles ont notamment pour objet :

- d'étendre la règle de la prescription de deux ans, applicable aux prestations familiales, à l'aide aux organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées (ALT) et à l'aide à la gestion des aires d'accueil des gens du voyage (AGAA), afin d'harmoniser ces règles pour l'ensemble des prestations versées par les caisses d'allocations familiales ;
- d'étendre le tiers payant en ALS et ALF et à la récupération des indus en cas de versement de l'allocation en tiers payant ;
- de renvoyer au niveau réglementaire la date d'actualisation du barème de l'aide personnalisée au logement fixée actuellement au niveau législatif, comme ce qui est prévu pour l'allocation de logement ;
- de fusionner deux fonds pour le financement des aides personnelles (le fonds national de l'habitation -FNH- et le fonds national d'aide au logement-FNAL) par un seul fonds (le FNAL) défini au sein du code de la construction et de l'habitation. La coexistence de deux fonds, l'un destiné au financement de l'allocation de logement à caractère social et l'autre au financement de l'aide personnalisée au logement est source de complexité ; elle correspondait à une construction progressive d'aides dont les logiques étaient auparavant différentes et ne se justifie plus aujourd'hui.

Par ailleurs, toujours dans un souci de simplification, le financement de l'aide aux organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées (ALT) et à l'aide à la gestion des aires d'accueil des gens du voyage (AGAA), n'est désormais plus assuré par le biais du FNAL. En effet, l'existence d'un fonds, justifiée pour les aides personnelles par la nécessité de centraliser des recettes autres que celles venant de l'Etat (en particulier les cotisations des employeurs), ne l'est pas pour ces aides dont le financement provient uniquement de l'Etat et des régimes de prestations familiales. De surcroît, leur financement par le biais du FNAL n'est plus adapté en raison du transfert de la contribution de l'Etat de la section budgétaire du logement vers la section santé, famille, personnes handicapées et cohésion sociale.

### **4° L'ordonnance n° 2005- n°2005-804 du 18 juillet 2005**

Les simplifications introduites par cette ordonnance, prise en application des articles 71 et 84 de la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit, concernent plusieurs domaines et s'adressent à plusieurs types d'usagers ou d'acteurs de la sécurité sociale.

- l'instauration d'un suivi médical en faveur des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles harmonise leur situation avec celle des personnes atteintes d'une maladie de longue durée. Cet accompagnement médical permettra de coor-

donner des soins de qualité afin d'améliorer dans les meilleures conditions l'état de santé de ces victimes. Le décret correspondant est en préparation. Parallèlement la procédure d'actualisation des tableaux de maladies professionnelles est simplifiée, tant pour le régime général qu'agricole, pour faciliter une prise en compte plus rapide des connaissances médicales et scientifiques sur les risques encourus au travail et accélérer la réparation due aux victimes ;

- une seconde mesure s'adresse aux professionnels libéraux : elle vise à simplifier les modalités de versement de leurs cotisations de retraite au titre de la première année d'activité en les alignant sur le régime institué pour les autres travailleurs indépendants par la loi sur l'initiative économique de 2003 ;
- les entreprises seront les principales bénéficiaires de la mesure de simplification des modalités d'actualisation du montant annuel du plafond de la sécurité sociale. Le raccourcissement de la procédure leur permettra en effet de disposer plus tôt du montant de ce plafond afin de pouvoir établir leurs prévisions pour l'année suivante ;
- les mutuelles, acteurs essentiels de la protection sociale et de la solidarité, pourront dorénavant, grâce à la suppression de l'autorisation administrative préalable, recevoir de manière plus simple et plus rapide les dons et legs.

Enfin, dans le cadre de l'harmonisation nationale de la protection sociale et pour davantage de lisibilité, les caisses de sécurité sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Mayotte, tout en conservant leurs particularités, devront appliquer le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale.

## **B - Création du Régime social des indépendants (RSI)**

Pendant l'année 2003 s'est engagé un processus de simplification visant à fusionner les trois caisses nationales gérant les régimes de sécurité sociale des travailleurs indépendants non agricoles.

Les trois régimes concernés sont : le régime vieillesse, invalidité, décès des artisans (AVA), le régime vieillesse, invalidité, décès des commerçants et industriels (ORGANIC) et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles commun aux artisans, commerçants et industriels et professions libérales. Les professions libérales, y compris les avocats, conserveront leurs propres caisses d'assurance vieillesse.

Le 12° de l'article 71 de la loi de simplification du droit du 9 décembre 2004 a autorisé le gouvernement à prendre par voie d'ordonnance les dispositions nécessaires à la création de ce nouveau régime commun dénommé régime social des travailleurs indépendants (RSI) et à la mise en place d'un interlocuteur social unique (ISU) en matière de recouvrement des cotisations et contributions dues à titre personnel par les travailleurs indépendants non agricoles.

Les trois régimes concernés sont : le régime vieillesse, invalidité, décès des artisans (AVA), le régime vieillesse, invalidité, décès des commerçants et industriels (ORGANIC) et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles commun aux artisans, commerçants et industriels et professions libérales. Les professions libérales, y compris les avocats, conserveront leurs propres caisses d'assurance vieillesse.

Une première ordonnance n° 2005-299 du 31 mars 2005 relative à la création à titre provisoire d'institutions communes aux régimes de sécurité sociale des travailleurs indépendants a été prise et a permis la mise en place d'instances provisoires du RSI dont un directeur général et un conseil d'administration communs aux trois caisses nationales.

Les ordonnances concernant les institutions futures du RSI et la mise en place de l'interlocuteur social unique devraient être publiées avant la fin de l'année 2005. Les caisses de base et la caisse nationale du RSI devraient être installées avant la fin du premier trimestre 2006.

Ainsi, le RSI et l'interlocuteur social unique apporteront à brève échéance une simplification très importante pour les assurés. On soulignera que cette réforme apparaît également comme un événement important dans l'histoire de la sécurité sociale puisqu'il s'agit de la première fusion de trois réseaux de caisses de sécurité sociale depuis plus de cinquante ans.

## **C - Autres simplifications**

### **1° Les améliorations introduites par la PAJE**

La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) a été instaurée par l'article 60 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. Elle est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2004 pour tous les enfants nés ou adoptés à compter de cette date, ainsi qu'à leur fratrie.

Cette réforme constitue une simplification du droit antérieur à plusieurs titres :

- la PAJE est une prestation unique, qui se substitue à cinq anciennes prestations : l'allocation pour jeune enfant, l'allocation d'adoption, l'allocation parentale d'éducation, l'allocation de garde d'enfant à domicile et l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée ;
- elle s'applique de manière identique en métropole et dans les DOM, ce qui n'était pas le cas pour les prestations antérieures ;
- elle revalorise les droits des familles adoptantes, qui bénéficient désormais des mêmes avantages que les autres familles ;
- elle contribue à simplifier le circuit de prise en charge du complément de libre choix du mode de garde avec la création d'un centre national de traitement des demandes (centre PAJEMPLOI) situé au Puy-en-Velay.

### **2° Diverses simplifications en matière d'assurance vieillesse**

La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a simplifié, pour les assurés comme pour les organismes de retraite, l'application de trois dispositifs qu'elle a par ailleurs réformés :

#### **le cumul entre revenus d'activité et retraites (article 15) :**

La loi a harmonisé les conditions de service de la pension du régime général avec celles appliquées par les régimes de retraite complémentaire : le cumul est autorisé



dans la limite de l'ancien salaire (entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2005) et sans tenir compte des autres activités que l'activité salariée.

#### **le minimum contributif (article 26) :**

La loi a supprimé les dispositions particulièrement complexes d'écèlement du montant des pensions en cas de cumul de plusieurs pensions de régimes distincts portées dans chacun des régimes à un niveau minimum. Cette disposition est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2004.

#### **les pensions de réversion (article 31) :**

Cette loi a également simplifié le dispositif des pensions de réversion en supprimant la limitation du cumul de la pension de réversion avec un droit personnel de retraite qui donnait lieu à des calculs particulièrement complexes en cas de pluralité d'avantages (2<sup>o</sup> du I de l'article 31). Ces dispositions sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2004.

La télétransmission de la DADS gérée par la branche vieillesse (norme DADS-U) a été par ailleurs étendue.

### **3° Simplification pour les assurés par la dématérialisation des échanges**

#### **Les changements d'adresse en ligne**

Les branches maladie, famille et vieillesse participent au projet Adèle de signalement simplifié de changement d'adresse sur Internet, qui associe également l'assurance chômage, le service des impôts et le Service National.

Toute personne peut signaler son changement d'adresse simultanément aux organismes participant à ce service accessible sur le site Internet [www.changement.adresse.gouv.fr](http://www.changement.adresse.gouv.fr).

L'accès en ligne aux éléments de dossier concerne :

- la consultation des remboursements de l'assurance maladie sur le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
- la consultation du dossier allocations familiales sur le site [www.caf.fr](http://www.caf.fr),
- la simulation des droits à retraite - le GIP information des assurés sur leurs droits à retraite (GIP Info Retraite). La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a instauré le droit à l'information des assurés sur leur retraite. Elle a créé, afin d'assurer ce droit, un GIP, structure de coordination de ses membres c'est-à-dire l'ensemble des organismes assurant la gestion des régimes légalement obligatoires, soit 38 organismes.

Sa première action concrète a consisté à réaliser un outil de simulation « universel » qui permettra à des assurés ayant des droits à retraite dans plusieurs régimes d'obtenir une estimation de ces droits. Il devrait être accessible au grand public au début de l'année 2006 en apportant une première réponse aux besoins d'information des assurés.

#### **L'extension de la saisie en ligne des formulaires**

La plupart des formulaires de toutes les branches de la sécurité sociale sont aujourd'hui disponibles sur Internet, et peuvent ainsi être téléchargés et imprimés.

Pour certains ils peuvent être remplis à l'écran ; d'autres peuvent faire l'objet d'une saisie en ligne puis être télétransmis. Au cours de l'année 2005, la possibilité de saisie en ligne s'est notamment poursuivie dans les domaines ci-après :

S'agissant des prestations familiales (en liaison avec la branche recouvrement), deux mesures méritent d'être soulignées :

- la poursuite de la montée en charge de la déclaration des ressources sur le site [www.caf.fr](http://www.caf.fr).

En 2005, environ 750.000 allocataires, soit 8,5% des personnes concernées, ont télédéclaré leurs ressources, soit près du double du nombre enregistré en 2004.

- la demande en ligne du complément de libre choix du mode de garde de la PAJE (prestation d'accueil du jeune enfant) qui fusionne l'AGED (allocation de garde d'enfant à domicile) et l'AFEAMA (aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle).

La déclaration de choix du médecin traitant peut être enfin souscrite à partir du cabinet du médecin.