

2007

SÉCURITÉ SOCIALE



Projet de loi de financement de la Sécurité sociale - PLFSS

ANNEXE 3

- Mise en œuvre de la loi de financement pour 2006
- Mesures de simplification



Liberté • Égalité • Fraternité
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 2006**

**B / MESURES DE
SIMPLIFICATION**

A/ MISE EN ŒUVRE DES DISPOSITIONS DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2006

1. Dispositions relatives aux dépenses de 2005

Article 5 : Dotation au fonds de concours BIOTOX au titre de 2005

(voir à l'article 64)

Article 6 : Modification du financement de l'ONDAM médico social par la CNSA au titre de 2005

Cet article a pour objet de porter de 15 à 20 % au plus la part de la fraction (40 %) de la contribution de solidarité pour l'autonomie affectée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) destinée à financer, en 2005, les actions en faveur des personnes handicapées au titre des dépenses des établissements et services accueillant des personnes handicapées. Le financement correspondant est destiné à l'anticipation du « plan autisme » à hauteur de 34 M€.

Cette mesure ne nécessite pas de texte d'application.

2. Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement

Article 10 : Anticipation de l'assujettissement aux prélèvements sociaux des intérêts des plans d'épargne logement de plus de dix ans

Cet article a pour objet de modifier le fait générateur du paiement des prélèvements sociaux (CSG, CRDS, prélèvement social de 2 % et contribution de 0,3 % au profit de la CNSA) pour les Plans d'épargne logement ayant au moins dix ans à la date du 1^{er} janvier 2006 ou atteignant leur dixième anniversaire à compter de cette date.

Jusqu'à présent, les prélèvements sociaux assis sur les intérêts acquis au titre des PEL n'étaient versés qu'au dénouement des plans. La modification introduite par l'article 10 consiste, pour tous les PEL de plus de dix ans d'ancienneté au 1^{er} janvier 2006, à faire payer en 2006 les prélèvements sociaux sur les intérêts accumulés depuis l'origine du plan, puis chaque année au moment de l'inscription au compte des intérêts acquis au

titre de l'année. De plus, à compter de 2006, les prélèvements sociaux seront exigibles sur les intérêts acquis depuis l'origine pour les PEL dont l'ancienneté atteint dix ans.

Ces dispositions ne modifient pas les règles d'assujettissement aux prélèvements sociaux des PEL mais ne font qu'anticiper le versement de ceux-ci pour les plans qui n'ont pas été dénoués à l'issue d'une période de dix ans, en considérant qu'au-delà de cette durée, ces plans ne sont plus destinés à l'investissement immobilier mais deviennent de simples produits de placement.

Cet article ne nécessite pas de dispositions particulières d'application.

Article 11 : Suppression de l'abattement de cotisations patronales créé en 1992 pour les salariés à temps partiel

Cette disposition consiste à mettre fin, à compter du 1^{er} janvier 2006 à l'abattement temps partiel subsistant pour les contrats en cours.

Elle ne nécessite pas de dispositions d'application.

Article 12 : Exonération des employeurs d'accueillants familiaux

Cet article consiste à accorder aux personnes morales employeurs d'accueillants familiaux les mêmes exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale que celles accordées aux personnes accueillies lorsqu'elles sont elles-mêmes l'employeur de l'accueillant familial.

Il ne requiert pas de disposition d'application.

Article 13 : Statut social des indemnités de rupture

Cet article, portant réforme du régime social des indemnités versées en cas de licenciement ou de mise à la retraite, ne nécessite pas de texte réglementaire d'application.

Suite à cette réforme, une circulaire (DSS/5B/2006/175 du 18 avril 2006) a fait le point sur les conditions d'assujettissement à cotisations et contributions de sécurité sociale des indemnités pouvant être versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail ou de la cessation du mandat social.

Article 14 : Mesures de consolidation de l'assiette des cotisations et contributions sociales

Cet article vise à clarifier certaines règles d'assujettissement et d'exonération de cotisations de sécurité sociale, afin d'en préciser la portée. Les modifications ainsi apportées au code de la sécurité sociale ont pour objet :

- de préciser que pour la mise en œuvre des mesures d'exonération ou de réduction de cotisations de sécurité sociale, l'assiette de calcul s'entend des heures rémunérées quelle qu'en soit la nature ;
- de préciser que la compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail est également considérée comme une

rémunération, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux de salaire horaire ;

- enfin, d'apporter certaines précisions aux conditions dans lesquelles les contributions des employeurs au financement des régimes de retraite complémentaire des salariés légalement obligatoires sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

Ces mesures ne nécessitent pas de textes réglementaires d'application.

Deux circulaires ont apporté les précisions nécessaires à l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions. Il s'agit de :

- la circulaire DSS/58/2006/60 du 14 février 2006 relative au régime social des sommes versées aux salariés en compensation de la perte de rémunération consécutive à la mise en place d'une mesure de réduction du temps de travail ;
- la circulaire DSS/5B/2006/36 du 24 janvier 2006 relative aux modalités d'application du cinquième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Article 15 : Recours contre tiers

Les organismes de sécurité sociale recouvrent, auprès des tiers responsables d'accidents (tiers lui-même ou assureurs du tiers si le tiers est assuré) une indemnité forfaitaire, pour les frais de gestion occasionnés par ces recours, égale au 1/3 des sommes dont le remboursement a été obtenu dans les limites d'un montant maximum (760 €) et d'un montant minimum (76 €), en application des articles L 376-1 et L 454-1 du code de la sécurité sociale. Ces montants n'avaient pas été revus depuis 1996. L'indemnité forfaitaire de gestion a représenté en 2005, pour la CNAMTS, une masse financière de 53 M€ (39 M€ pour l'assurance maladie et 14 M€ pour les accidents du travail et maladies professionnelles).

L'article 15 a :

- relevé les montants maximal et minimal de cette indemnité et les a portés respectivement à 910 € et 91€ ;
- prévu leur indexation, à compter du 1^{er} janvier 2007, sur l'évolution des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année considérée.

Cette mesure devrait permettre d'accroître le rendement financier de cette indemnité d'environ 20 %, soit d'environ 11 M€.

Elle ne nécessite pas de texte réglementaire d'application.

Article 16 : Obligation d'information sur les attributions gratuites d'actions

Cet article a pour objet de subordonner l'exclusion d'assiette dont bénéficient les actions attribuées gratuitement au fait que l'employeur notifie à son organisme de recouvrement l'identité de ses salariés ou mandataires sociaux auxquels des actions gratuites ont été attribuées définitivement au cours de l'année civile précédente, ainsi que le nombre et la valeur des actions attribuées à chacun d'entre eux.

Le dispositif d'attribution d'actions gratuites est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2005. Compte tenu de la période d'acquisition dont la durée ne peut être inférieure à deux ans, les premières attributions seront définitives le 1^{er} janvier 2007.

En conséquence, l'obligation de notification imposée à l'employeur n'a pas encore reçu application. Cet article ne nécessite pas de texte réglementaire.

Article 17 : Instauration d'un bonus exceptionnel de 1 000 euros

Cet article offre aux employeurs la possibilité de verser un bonus exceptionnel d'un montant maximum de 1 000 euros par salarié. Ce bonus doit répondre aux conditions d'attribution fixées par la loi, notamment :

- sa mise en place, son montant et ses modalités de versement doivent être décidées avant le 30 juin 2006 ;
- le versement du bonus doit intervenir au plus tard le 31 juillet 2006 ;
- l'employeur doit notifier à son organisme de recouvrement, avant le 31 décembre 2006, le montant des sommes versées aux salariés, en précisant le montant par salarié.

Sous réserve que soient respectées les modalités d'attribution, les délais de versement et les délais de notification, le bonus n'entre pas dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale. Par dérogation expresse à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, cette exclusion d'assiette des cotisations n'est pas compensée.

Le bonus est en revanche soumis à CSG et à CRDS, au titre des revenus d'activité.

Ces dispositions ne nécessitent pas de texte réglementaire d'application. Elles ont en revanche fait l'objet de deux circulaires :

- circulaire DSS/DRT/2006/07 du 5 janvier 2006 ;
- circulaire DSS/5B/DRT/NC3/2006/174 du 18 avril 2006.

Article 18 : Assujettissement des collaborateurs occasionnels du service public

Cet article consiste à assouplir les conditions dans lesquelles les collaborateurs occasionnels du service public peuvent opter pour le rattachement au régime général ou au régime des travailleurs indépendants.

Cette mesure ne nécessite pas de disposition d'application.

Article 19 : Elargissement de l'assiette de la C3S dans le secteur public

Le présent article a pour objet d'étendre le champ d'application de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) aux organismes publics exerçant leur activité dans un cadre concurrentiel. En effet, le critère d'assujettissement des entreprises publiques à la contribution n'était pas satisfaisant car il visait les entreprises publiques et sociétés nationales, quelle qu'en soit la nature juridique, soumises à la participation des salariés, ou dont la moitié du capital social est détenue ensemble ou séparément, par l'Etat, par une ou plusieurs entreprises publiques ou par une ou

plusieurs sociétés nationales. Ainsi, de nombreuses entreprises publiques n'étaient pas assujetties à la contribution.

Dès lors, les dispositions nouvelles visent à élargir le champ d'application de la contribution à toutes les personnes morales de droit public exerçant dans un cadre concurrentiel en se fondant sur les critères d'assujettissement posés par l'article 256 B du Code général des impôts (CGI).

L'objectif poursuivi est de permettre une harmonisation de la réglementation applicable au secteur public concurrentiel ainsi que de se conformer aux impératifs communautaires de libre concurrence.

Cet article ne nécessite pas de texte d'application.

Article 20 : Limitation du transport de cigarettes

Cet article portant modifications des articles 575 G et 575 H du code général des impôts (CGI) a pour objet de limiter les achats transfrontaliers de tabacs manufacturés effectués par les particuliers et destinés à leur consommation personnelle.

Ces nouvelles dispositions fixent, depuis le 1^{er} janvier 2006, les quantités de tabacs que les particuliers peuvent acquérir et transporter librement sans aucun document d'accompagnement. Il en résulte dorénavant qu'une personne peut acheter un kilogramme de tabac (soit une à cinq cartouches de cigarettes) dans un autre Etat membre, sans document d'accompagnement. Entre six et dix cartouches, elle devra se faire délivrer un document simplifié d'accompagnement par les services douaniers français. Et au-delà de dix cartouches, soit deux kilogrammes de tabacs, toute détention est interdite.

De plus, ces quantités s'appliquent par véhicule particulier, quel que soit le nombre de passagers transportés. En ce qui concerne les moyens de transports collectifs (bus, trains, avions, bateaux...), ces quantités s'appliquent par voyageur.

Cet article ne nécessite pas de texte d'application.

Article 21 : Aménagements relatifs aux taxes pharmaceutiques

L'article 21 prévoit diverses mesures de recette qui ont toutes été mises en œuvre. La clause de sauvegarde sur les médicaments inscrits sur la liste de « rétrocession » est effective. Il faut tout particulièrement noter que, conformément à la politique conventionnelle menée par le gouvernement, le comité économique des produits de santé a négocié un avenant à son accord cadre avec l'industrie pharmaceutique permettant de clarifier les dispositions contractuelles permettant aux entreprises de s'exonérer de la taxe.

Les taxes sur la publicité pour les dispositifs médicaux ont été par ailleurs étendues.

Enfin, la taxe sur le chiffre d'affaires a été relevée à titre exceptionnel, de 0,6 à 1,76 %, à l'exception des médicaments orphelins.

Cet article est d'application directe.

Article 22 : Transfert du recouvrement de la contribution sur les primes d'assurance automobile

Cet article organise, par mesure de simplification, le transfert, à compter du 1^{er} janvier 2007, du recouvrement de la contribution assise sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules à moteur, prévue aux articles L. 137-6, L. 137-7 et L. 137-9 du code de la sécurité sociale, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à des URSSAF, désignées par le directeur de l'Agence centrale. La taxe fait l'objet d'une déclaration et d'un paiement six fois dans l'année et la 1^{ère} exigibilité recouvrée par ces URSSAF sera donc celle du 15 avril 2007, pour les primes et cotisations émises entre le 1^{er} janvier et le 28 février 2007.

Le directeur de l'ACOSS doit désigner d'ici la fin de l'année les URSSAF qui recouvreront la contribution concernée.

Article 23 : Modification de l'affectation des droits tabacs

Cet article modifie la répartition du produit des droits de consommations sur les tabacs mentionnés à l'article 575 du code général des impôts (CGI), entre les organismes de sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2006, dans les conditions suivantes.

En ce qui concerne la CNAMTS l'affectation est passée de 32,50 % en 2005 et à 32,46 % en 2006. Cette modification est justifiée par deux facteurs :

- d'une part la loi de finances pour 2006 a prévu l'adossement financier de la branche maladie du régime des marins (ENIM) au régime général (la CNAMTS se substitue à l'Etat pour équilibrer financièrement la branche maladie du régime des marins). Cet adossement engendre un coût pour l'assurance maladie estimé à 174 M€ par la LFI pour 2006, financé par une partie du produit des droits de consommation sur les tabacs, représentant 1,84 %. A donc été prévue, en contrepartie, une minoration de la subvention de l'Etat à l'Etablissement national des invalides de la marine (ENIM) pour le même montant ;
- d'autre part, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a organisé le transfert du financement des instituts de formation en soins des infirmiers (IFSI), de l'assurance maladie aux régions à compter du 1^{er} juillet 2005. Les dépenses correspondantes sont compensées par l'Etat aux régions selon les règles de droit commun. Afin d'assurer la neutralité de l'opération pour l'Etat, les régions et la CNAMTS, la loi de finances pour 2006 a prévu qu'une fraction des droits tabacs, à hauteur de 1,88 % (178 M€), antérieurement affectée à la CNAMTS, serait attribuée en contrepartie, au fonds de financement de la protection maladie complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (fonds CMU). Ce transfert des recettes complète celui opéré en 2004 par l'affectation de la cotisation sur les alcools de plus de 25°. La subvention de l'Etat au fonds CMU est réduite à due concurrence au sein du budget général de l'Etat.

Par ailleurs, l'ordonnance n°2005-895 du 2 août 2005 relevant certains seuils de prélèvements obligatoires a modifié les dispositions relatives à la participation des employeurs à l'effort de construction, à la contribution versée par les employeurs au Fonds national d'aide au logement (FNAL) ainsi qu'à la participation des employeurs au développement de la formation professionnelle continue. La loi de finances pour 2006 a prévu que le FNAL bénéficierait d'une fraction du droit de consommation sur les tabacs

de 1,48 %, antérieurement affectée à l'Etat, soit 136 millions €, en compensation des pertes de recettes sur la contribution versée par les employeurs au FNAL, résultant du relèvement du seuil d'assujettissement au-delà duquel cette contribution est due par les employeurs (qui passe de 10 à 20 salariés).

Article 25 : Renforcement de la lutte contre le travail dissimulé

Cet article comprend trois mesures distinctes visant à renforcer la lutte contre le travail illégal.

Le I et le II subordonnent le bénéfice des exonérations de cotisations de sécurité sociale au respect des dispositions du code du travail sur le travail illégal. Le I est d'application directe et le II a fait l'objet de deux décrets d'application n° 2006-774 et n° 2006-776 du 30 juin publiés le 2 juillet 2006. Une circulaire N°DSS/5C/2006/304 du 6 juillet a également été diffusée.

Le III et le IV, d'application directe, élargissent la notion d'obstacle à contrôle à toutes les pratiques entravant les fonctions des agents chargés de vérifier l'application de la législation de sécurité sociale et instaurent des sanctions pénales spécifiques pour les personnes physiques et morales.

Enfin, le V permet aux inspecteurs du recouvrement des URSSAF, aux inspecteurs et contrôleurs du travail et aux agents de contrôle des mutualités sociales agricoles de constater les infractions au code de commerce concernant la domiciliation commerciale. Cette mesure ne prendra son plein effet qu'après parution d'un décret en Conseil d'Etat révisant les conditions pratiques de la domiciliation commerciale et instaurant une contravention pour les infractions à ces dispositions. Ce décret doit être publié avant la fin de l'année 2006.

Article 31 : Certification des comptes des organismes de sécurité sociale

Cet article poursuit le processus de certification des comptes engagé pour le régime général en l'élargissant aux autres régimes.

Il prévoit, pour ces régimes, l'intervention d'un ou plusieurs commissaires aux comptes. Mais les particularités des organismes de sécurité sociale ont conduit à réfléchir à l'élaboration d'une norme d'exercice professionnel concernant les diligences à respecter par le certificateur.

La rédaction de cette norme est en cours sous l'égide de la compagnie nationale des commissaires aux comptes, en collaboration avec la Cour des comptes et la Mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale. Elle pourrait aboutir en fin d'année.

L'homologation de cette norme doit intervenir par voie réglementaire sous la responsabilité du ministre de la justice.

Un décret est également prévu pour préciser les modalités d'application de l'article 31, et notamment définir la notion de « rapport particulier d'audit ». Ce décret pourrait également permettre de compléter certaines dispositions nécessaires à la mise en œuvre de la norme d'exercice professionnel.

La certification des autres régimes que le régime général est prévue au plus tard sur les comptes de l'exercice 2008, sachant que quelques régimes ont déjà pour objectif de procéder à une pré-certification sur l'exercice 2007.

Articles 32 : Conditions générales de la mise en œuvre de la responsabilité des agents comptables

Cet article introduit dans le code de la sécurité sociale trois dispositions (articles L.122-2 à L.122-4) posant les principes de la responsabilité personnelle et pécuniaire des agents comptables des organismes de sécurité sociale.

Son décret d'application a été rédigé avec l'appui d'un groupe de travail, composé des agents comptables des caisses nationales du régime général, de la CCMSA et du RSI, et de représentants du Ministère de l'agriculture.

Après avoir reçu l'avis des conseils d'administration des caisses nationales il sera publié dans les meilleurs délais.

Article 34 : Aménagement du droit aux IJ en cas de reprise d'activité et rétablissement du droit aux IJ pour les détenus

Cet article prévoit de permettre aux personnes ayant été détenues de retrouver les droits aux prestations en espèces dont elles bénéficiaient avant leur incarcération. La durée maximale d'incarcération pour recouvrer les droits est fixée par un décret en Conseil d'Etat qui détermine également la durée du maintien de droit à ces prestations lorsque, une fois libérée, la personne ne reprend pas d'activité professionnelle. Ces deux durées sont respectivement de 12 et 3 mois.

En application des dispositions antérieures, une personne incarcérée était affiliée au régime des détenus (régime rattaché au régime général) dès son incarcération. Ce régime particulier prévoyait uniquement la prise en charge des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité pour la personne détenue et, le cas échéant, ses ayants droit. La perte des droits aux prestations en espèces était immédiate. Ainsi, une journée d'incarcération suffisait à entraîner la perte de tous les droits aux prestations en espèces acquis antérieurement, que cette incarcération soit provisoire ou pour l'exécution d'une peine.

Le détenu libéré ne bénéficiait d'aucun droit aux prestations en espèces au jour de sa sortie de prison, et devait reprendre une activité professionnelle pour s'ouvrir à nouveau des droits.

Le décret d'application de cette disposition est en cours de contreseing.

Article 35 : Dépassements pour les patients en affection de longue durée (ALD) ayant désigné un médecin traitant

Le formulaire « protocole de soins » a vocation à se substituer au formulaire « Protocole interrégime d'examen spécial » (PIRES), formulaire utilisé jusqu'au 31 décembre 2005 pour l'admission en ALD. En 2004, le nombre de personnes atteintes d'affections de longue durée pour les trois régimes principaux représentait

8,2 millions de personnes. Les services du contrôle médical des caisses ont programmé une élaboration progressive, la plus rapide possible, des protocoles pour ces personnes.

Il convient cependant d'éviter que les patients en ALD, soient, dans l'attente de l'élaboration du protocole, pénalisés par les dispositions mises en œuvre par la loi du 13 août 2004 : présentation du protocole de soins pour bénéficier de l'exonération du ticket modérateur, majoration de ticket modérateur et dépassement de tarif en cas de non respect du parcours de soins coordonné.

Cet article permet que les patients actuellement en ALD continuent à bénéficier d'une exonération du ticket modérateur jusqu'à l'élaboration de leur nouveau protocole. De même, ils ne pourront se voir appliquer de majoration de ticket modérateur ou de dépassement d'honoraires. L'ensemble des protocoles devra avoir été remis aux patients en ALD au plus tard le 1^{er} juillet 2008.

Les statistiques de suivi des protocoles traités depuis le début de l'année 2006 indiquent l'impact de la montée en charge des nouveaux protocoles de soins. Le nombre de protocoles traités sur les 6 premiers mois de l'année s'élève à un peu plus de 721 000.

Cet article est d'application directe.

Article 37 : Diverses mesures relatives aux professionnels de santé

Le I de cet article prévoit que les règles de hiérarchisation des actes effectués par les directeurs de laboratoire sont arrêtées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de la commission de hiérarchisation (L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale).

L'UNCAM a fixé ces règles de hiérarchisation par décision du 4 mai 2006 (JO du 4 juin 2006).

Le II de cet article prévoit que le médecin qui prescrit des soins de masso-kinésithérapie doit se conformer, pour apprécier l'opportunité de recourir, pour son patient, à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite ou de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, aux recommandations établies par la Haute Autorité de santé (HAS).

Cette mesure vise à faire établir par la HAS les recommandations permettant de faire le départ entre les soins de suite ou de réadaptation pouvant être réalisés en ville et ceux nécessitant une hospitalisation en centre de rééducation.

La HAS a publié ses recommandations au début du mois d'avril 2006. Elle précise cependant à cette occasion qu'une évaluation complémentaire s'avère nécessaire pour certains actes. Il pourrait être envisagé, lorsque cette évaluation complémentaire aura été menée, et ses conclusions publiées, d'établir un référentiel de prescription pour les médecins les aidant à appliquer la recommandations de la HAS.

Le III de cet article a prévu que les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé peuvent être conjointement désignés médecins traitants.

Cette mesure tend à faciliter l'exercice regroupé, dans le cadre de la mise en place du parcours coordonné des soins. Elle ne nécessite pas de texte d'application.

Le IV de cet article vise à élargir aux dispositifs médicaux le pouvoir de prescription des sages femmes qui leur étaient déjà reconnu pour les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession et pour certains médicaments.

La liste des dispositifs médicaux prévu par cette disposition a été fixée par un arrêté du 27 juin 2006 (publié au JO du 2 juillet 2006).

Le V de cet article prévoit la possibilité de moduler la rémunération forfaitaire annuelle versée aux professionnels de santé qui exercent dans les zones sous médicalisées afin, notamment, de favoriser l'exercice regroupé.

Les partenaires conventionnels n'ont pas à ce jour négocié les modalités de mise en œuvre de cette disposition.

Article 38 : Examen bucco dentaire de prévention

L'ensemble des dispositions prévues à cet article vise à donner compétence aux partenaires conventionnels pour définir les modalités et les conditions de mise en œuvre de l'examen bucco-dentaire de prévention obligatoire pour les enfants dans l'année qui suit leur sixième et leur douzième anniversaire, et à prévoir que cet examen, ainsi que les soins consécutifs effectués dans les six mois, sont pris en charge à 100 % par les régimes obligatoires d'assurance maladie et dispensés de l'avance des frais.

La nouvelle convention nationale des chirurgiens dentistes conclue au mois de mai 2006 et approuvée par arrêté du 14 juin 2006 du ministre de la santé et des solidarités et du ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille prévoit les modalités d'application de cet examen bucco-dentaire. En revanche, la convention nationale des médecins n'a pas encore été modifiée dans ce sens pour les stomatologues.

Par ailleurs, la convention d'objectifs et de gestion (COG) pour la période 2006 - 2009 signée au mois de juillet 2006 entre l'Etat et la CNAMTS a prévu le financement de cette mesure. Le coût de l'examen et celui du ticket modérateur des soins consécutifs seront pris en charge sur le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS), le reste du financement des soins de suite incombant au risque.

Article 40 : Tarif de responsabilité sur les produits de santé

Le comité économique des produits de santé peut désormais fixer, pour chaque produit de la liste dite « en sus des prestations d'hospitalisation », un plafond de dépense au-delà duquel une baisse de tarif peut être demandée. Le comité a commencé à examiner les médicaments concernés et devrait faire rapidement des propositions de baisses de tarif.

Cet article ne nécessite pas de texte d'application.

Article 41 : Liste des spécialités à service médical rendu insuffisant

Conformément à la possibilité ouverte par cet article, la classe des veinotoniques a été maintenue temporairement au remboursement, par arrêté ministériel en date du 17 Janvier 2006. Pour cette classe, il n'existe en effet aucune alternative médicamenteuse et le Ministre de la santé a jugé important de laisser un temps d'adaptation aux patients pour modifier leurs comportements. Les organismes complémentaires ont, selon leur politique commerciale, maintenu ou non leur remboursement sur ces produits.

Article 42 : Moratoire médecin traitant primo installé

Cette mesure participe des solutions recherchées afin de permettre aux jeunes généralistes de constituer leur patientèle et de résoudre également le problème de démographie médicale dans les zones sous-médicalisées repérées par les missions régionales de santé.

Ainsi, les mesures financières liées au non respect du parcours de soins ne sont pas appliquées quand la consultation est assurée ou prescrite par un médecin généraliste qui s'installe en exercice libéral pour la première fois ou par un médecin s'installant dans une zone sous-médicalisée.

Le décret 2006-1 du 2 janvier 2006 pris en application de cet article a fixé à 5 ans la durée du bénéfice de cette disposition.

Article 43 : Fixation des règles du taux moyen régional de convergence des cliniques privées

Le I de cet article aménage le système initial de convergence intra sectorielle des établissements de santé mentionnés au d de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale, mis en place au moment du passage à la tarification à l'activité afin de leur permettre de s'adapter aux effets de cette nouvelle tarification sur leurs ressources. Il remplace le coefficient de transition moyen régional par un taux moyen régional de convergence, crée le bloc des établissements sous et celui des établissements sur-dotés et permet enfin au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, autorité compétente pour assurer la convergence des coefficients de transition des établissements de santé, de disposer d'un outil garantissant la convergence de sa région, tout en ayant une marge de manœuvre supplémentaire pour adapter cette convergence à la situation des établissements de sa région.

L'article 7 du décret n°2004-1539 du 30 décembre 2004 relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie a été modifié pour permettre la mise en œuvre de ces dispositions dès la campagne tarifaire de mars 2006.

Le taux moyen régional de convergence a été fixé pour la campagne tarifaire 2006 par l'arrêté du 5 mars 2006 à 16,67 %. Dans le cadre de la mise en œuvre de la campagne, les ARH ont utilisé les nouvelles marges de manœuvre autorisées par la loi.

Article 44 : Groupement pour la modernisation du système d'information

Cet article confirme les missions du Groupement de Modernisation des Systèmes d'information (GMSIH) en terme de mise en cohérence, d'interopérabilité, d'ouverture et de sécurité des systèmes d'information des établissements et réseaux de santé.

La nouvelle convention constitutive du groupement est en cours d'élaboration en concertation avec les représentants de l'hospitalisation. L'arrêté ministériel d'approbation de la convention est prévu pour décembre 2006 de manière à pouvoir installer les nouvelles instances au cours du 1^{er} trimestre 2007 et assurer la continuité du fonctionnement du GIP.

Article 45 : Intégration des MIGAC dans le bilan au Parlement

Afin de permettre au Parlement et aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés de suivre les dotations affectées aux MIGAC, l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale prévoit la transmission avant le 15 octobre de chaque année d'un bilan relatif à ces dernières. Outre le bilan de l'année 2005 (dotations nationales, régionales, par établissements, par types de structures, par sous-enveloppes définies par l'arrêté du 12 avril 2005 modifié par celui du 5 mars 2006), le rapport 2006 s'attachera, d'une part, à rappeler la définition actuelle des MIGAC, d'autre part, à présenter les principes financiers régissant cette dotation ainsi que l'état d'avancement des travaux en cours sur le périmètre des MIGAC et les modalités de leur évaluation financière.

Cet article ne nécessite pas de texte d'application.

Article 46 : Référentiel permettant la répartition des moyens entre USLD et maisons de retraite

Les dispositions de cet article ont fait l'objet d'une mise en oeuvre très rapide, dès le premier trimestre 2006. L'ensemble des dispositions et instructions aux régions ont été retracées dans la circulaire du n°DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006 relative à la mise en oeuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée (texte publié au BO santé - protection sociale -solidarité du 15 juillet 2006).

Le référentiel des USLD mentionné dans l'article a été publié par arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée (texte publié au JO du 25 mai 2006).

Le référentiel est issu des travaux d'un groupe de travail qui s'est réuni au cours du premier trimestre et dont la mission a consisté, d'une part à donner une nouvelle définition des unités de soins de longue durée, et d'autre part à sélectionner un outil logiciel permettant d'effectuer une coupe statistique pertinente dans l'ensemble des unités de soins de longue durée. Le logiciel PATHOS élaboré par l'assurance maladie et le syndicat national de la gérontologie clinique a été retenu à l'issue d'une phase de tests préalables.

La formation à l'outil PATHOS a été mise en place dès la fin du premier trimestre sous forme d'une cellule opérationnelle d'appui. Un chargé de mission a été désigné pour assurer la formation des formateurs à l'outil PATHOS dans chaque région. Les formateurs régionaux ont ensuite eux mêmes assuré la formation d'au moins un médecin exerçant dans chacune des 938 USLD recensées, sous l'égide des ARH.

Les coupes statistiques exhaustives se sont déroulées au cours du deuxième trimestre 2006. Le contrôle de qualité a été assuré par les médecins conseil de l'assurance maladie.

A la date du 4 août 2006, sur 79 718 lits d'USLD recensés, 72 155 ont fait l'objet de la procédure de coupe statistique, ce qui représente 69 525 patients.

Les données consolidées des régions montrent que 24 376 patients relèvent d'une prise en charge sanitaire (patient requérant des soins médico-techniques lourds ou SMTI, au sens de l'outil PATHOS), soit un pourcentage de 35,1 %. Si cette donnée n'entre pas seule en ligne de compte dans la détermination des capacités USLD redéfinies, elle en constitue l'indicateur principal et donne une première indication des capacités en lits d'USLD redéfinies nécessaires, toutes choses égales par ailleurs.

Par rapport au calendrier initial, et dans l'attente de la délibération des conseils d'administration, il reste à élaborer la seconde circulaire d'instruction aux ARH précisant les modalités de partition des capacités et des enveloppes, compte tenu des éléments fournis par les coupes transversales et le référentiel sus évoqué.

A l'issue de cette première phase, il est toutefois apparu souhaitable d'opérer un ajustement des conditions de mise en oeuvre initiales de la réforme. Le report au 31 décembre 2009 de la date butoir pour prendre l'arrêté conjoint prévu par la loi est envisagé. De même l'assouplissement des conditions d'inscription des établissements dans la réforme, qui se ferait désormais sur la base du volontariat, et des conditions de partage des enveloppes financières permettant d'inciter les établissements à rentrer dans la réforme.

Une modification de la loi est proposée au Parlement dans l'actuel projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Article 47 : Modalités de rémunération des soins palliatifs à domicile

Afin d'apporter de la souplesse dans le développement des équipes de soins palliatifs à domicile, la mesure consiste à ne plus faire référence à un contrat type et à renvoyer à un accord conventionnel interprofessionnel ou un à contrat de santé publique, le soin de préciser les modalités de rémunération des professionnels de santé libéraux

Le projet de décret élaboré par les services du ministère de la santé et des solidarités est en cours de concertation technique avec les caisses nationales de l'assurance maladie.

Article 48 : Réforme de la tarification des EHPAD

Cet article assouplit pour les logements foyers la législation applicable aux établissements accueillant des personnes âgées dépendantes qui n'est pas adaptée à ces structures accueillant dans des conditions proches du domicile plus de 150 000 résidents.

Un décret fixe, pour cette catégorie d'établissements, les conditions d'une dérogation à l'obligation de conventionnement pluriannuel ou d'un recours à un conventionnement partiel ainsi que les modalités d'exercice du droit d'option ainsi ouvert. Il aménage les financements de l'assurance maladie pour les logements foyers non conventionnés ou placés sous le régime d'un conventionnement partiel.

Par ailleurs, un cahier des charges, fixé par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, définit les critères de fonctionnement des logements foyers dérogeant à l'obligation de conventionnement.

Le projet de décret est en cours de concertation.

Article 50 : Dispositions financières relatives aux CAARUD

Cet article prévoit que le financement des CAARUD relève désormais de l'assurance maladie. Celle-ci finance, depuis le 1^{er} janvier 2006, par douzièmes provisoires, les structures susceptibles de devenir des CAARUD sur la base de la dotation préalablement versée par l'Etat.

Courant 2006, les structures bénéficiant de douzièmes provisoires ont été invitées à déposer un dossier d'autorisation en CROSMS (Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale). Celles-ci ont aujourd'hui soit été autorisées, soit sont en attente de leur passage en CROSMS, qui aura lieu courant 2006.

Le montant en dépenses autorisées médico-sociales s'élève à 20,9 M€. Par ailleurs, afin de régulariser une sous-évaluation de l'enveloppe prévue pour les CAARUD, un ajustement interviendra courant 2006.

Cet article a donné lieu au décret d'application n° 2006-642 du 31 mai 2006.

Article 51 : Modifications des missions de la CNSA

Cet article apporte quelques modifications au périmètre et aux missions de la CNSA définies successivement par les lois du 30 juin 2004 et 11 février 2005 afin, notamment, de permettre la prise en compte de dépenses ayant été imputées à la caisse.

En premier lieu, pour financer le développement des groupes d'entraide mutuelle, prévu à l'article 11 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui incombe à la CNSA, le 1^o du I de l'article modifie l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, de manière à intégrer cette charge dans la section 1 du budget de la CNSA, sous forme de contribution par voie de fonds de concours.

En second lieu, le 2^o du I a pour objet d'inscrire dans les dépenses imputées à la section 3 de la CNSA le remboursement à la CNAF du coût de la majoration spécifique

à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) instaurée par l'article 68 de la loi du 11 février 2005, qui a été mis à la charge de la caisse.

Par ailleurs, le II de l'article modifie le 3° de l'article L. 314-3-1 du CASF, qui définit le champ de l'objectif global des dépenses dont la CNSA doit assurer la gestion, dans lequel il avait été omis de mentionner les services médico-sociaux prenant en charge des personnes âgées dont les prestations sont prises en charge par des organismes de sécurité sociale, c'est-à-dire les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Enfin, le III de l'article est destiné à permettre le cofinancement, notamment avec les conseils généraux, d'opérations d'investissement concernant la modernisation et la mise aux normes des établissements du secteur social et médico-social. Il est donc prévu que le décret fixant les modalités du report des excédents de l'exercice 2005 de la section 1 de la CNSA permette l'affectation de ceux-ci à la section 5 de la caisse, leur utilisation étant définie par arrêté. Cet arrêté, en date du 6 avril 2006, a été publié au JO du 26 avril 2006. Le décret permettant le report des excédents est en cours de contreseing.

Article 52 : Financement du FITH

Cet article a abrogé le 6° de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique qui prévoyait le versement par l'Etat d'une dotation à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) au titre de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH).

Cette disposition ne nécessite aucun texte d'application. Elle s'est traduite par une prise en charge, dès le 1^{er} janvier 2006, des dépenses d'indemnisation susvisées par la dotation globale de l'ONIAM versée par les organismes d'assurance maladie.

Cet article a pour objet de parachever, au plan financier, l'intégration organisationnelle réalisée par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Cette loi a en effet transféré à l'ONIAM la mission d'indemnisation des préjudices résultant d'une contamination transfusionnelle par le VIH, précédemment assurée par le Fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles.

Ce transfert de mission est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2006.

Article 53 : Financement du fonds CMU-C

Cet article relatif à la protection complémentaire en matière de santé et au crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels augmente le taux de la contribution due par les organismes complémentaires de 1,75 % à 2,50 % (1° du I de l'article) afin de permettre une revalorisation du forfait CMU que verse le Fonds CMU-C aux régimes de base de sécurité sociale pour la couverture maladie complémentaire en fonction du nombre de bénéficiaires de la CMU-C par régime. Ce forfait correspond également à la déduction opérée sur la taxe par les organismes complémentaires pour chaque bénéficiaire de la CMU qu'ils prennent en charge (2° du I de l'article).

De plus, le II de l'article augmente les montants de l'aide à l'accès à une assurance complémentaire de santé. Ceux-ci passent de 75 € pour une personne de moins de 25 ans, 150 € pour une personne de 25 à 59 ans, 250 € pour une personne de 60 ans ou plus à respectivement 100 €, 200 € et 400 €.

Aucun texte d'application n'est nécessaire.

Article 54 : Contrats d'assurance complémentaire santé

Cet article comporte plusieurs dispositions relatives aux contrats responsables et à la CMU complémentaire :

- I : modification rédactionnelle ne nécessitant pas de texte d'application ;
- II. 1°: différé d'entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2006 des règles des contrats « responsables » pour les prestations liées à la prévention. L'arrêté fixant la liste des deux prestations de prévention obligatoirement prises en charge par les contrats « responsables » en application du II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale a été signé le 8 juin 2006 et publié au Journal officiel du 18 juin 2006 ;
- II. 2°: différé d'entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2006 des règles des contrats « responsables » pour les contrats collectifs obligatoires institués au niveau d'une branche professionnelle. Cette disposition ne nécessite pas de texte d'application ;
- III : modification du panier de biens des contrats offerts par les organismes de protection sociale complémentaire à l'expiration du droit à la CMU complémentaire, souscrits à compter du 1^{er} janvier 2006. Cette disposition ne nécessite pas de texte d'application ;
- IV : différé de mise en conformité avec les règles des contrats « responsables » au 1^{er} janvier 2008 pour les contrats prenant en charge exclusivement les dépenses d'hospitalisation ou les médicaments ou dispositifs médicaux. Cette disposition ne nécessite pas de texte d'application ;
- V : précision du champ d'application de l'interdiction de dépassements d'honoraires des médecins pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire. Cette disposition ne nécessite pas de texte d'application ;
- VI : un projet de décret portant sur les règles de prise en charge de la participation des assurés bénéficiaires de la couverture complémentaire mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale est en attente de signature du Premier ministre. A sa publication, ce texte permettra :
 - d'instaurer une majoration de la participation prévue dans les cas de consultation hors parcours de soins coordonné,
 - de ne pas prendre en charge le ticket modérateur des médicaments dont le service médical rendu a été évalué comme insuffisant par la Haute Autorité de santé ;
- VII : adaptations rédactionnelles consécutives aux modifications introduites par l'article 54 de la LFSS 2006. Cette disposition ne nécessite pas de texte d'application ;
- VIII : modification de contrat pour le mettre en conformité avec les règles des contrats « responsables » par approbation tacite : cette disposition ne nécessite pas de texte d'application.

Pour l'ensemble du dispositif relatif aux contrats « responsables », une circulaire générale à destination de l'ACOSS et du fonds CMU, explicitant l'ensemble de ces dispositions, y compris celles modifiées par l'article 54 de la LFSS 2006 a été signée le 11 juillet 2006 (n° DSS/2A/2006/314). Elle retrace les points suivants : champ des aides concernées, champ des interdictions et obligations au niveau des prestations, aménagements prévus par la LFSS 2006 (entrée en vigueur pour les prestations de prévention, les contrats collectifs obligatoires et les garanties partielles), mise en conformité des garanties par accord tacite, mise en conformité des contrats de sortie de droit à la protection complémentaire en matière de santé, détermination du dépassement de tarif applicable en dehors du parcours de soins coordonné et de l'interdiction de prise en charge y afférente, étendue des obligations de prise en charge, champ des interdictions et obligations au niveau des personnes couvertes (assurés et personnes rattachées, contrats multiples pour un même souscripteur).

Article 55 : Consultation de l'UNOC

Dans un contexte où les organismes d'assurance maladie complémentaire sont des partenaires essentiels de la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie, il est apparu opportun de prévoir la consultation de l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie sur les lois de financement de la sécurité sociale et les lois relatives à l'assurance maladie dans les mêmes conditions que celles prévues pour les caisses nationales de sécurité sociale.

Cette disposition est d'application directe.

Article 56 : Participation forfaitaire des assurés pour les actes supérieurs à 91 euros

En l'état antérieur du droit, en application, des articles L. 322-2 et R. 322-8 du code de la sécurité sociale, les actes dont le montant était supérieur ou égal à 91 € (ou qui étaient affectés d'un coefficient supérieur ou égal à K 50) faisaient l'objet d'une exonération de la participation de l'assuré lorsqu'ils étaient réalisés en ville. Par ailleurs, outre les honoraires, l'ensemble des frais d'hospitalisation étaient exonérés du ticket modérateur lorsqu'un acte affecté d'un tarif égal ou supérieur à 91 € (ou d'un coefficient supérieur ou égal à K 50) était réalisé au cours d'une hospitalisation.

Cette situation entraînait de lourdes inégalités. En effet, lorsqu'au cours d'une hospitalisation aucun acte d'un montant supérieur à 91 euros n'était effectué, les assurés acquittaient, à l'hôpital, une participation égale à 20 % de la totalité des dépenses de soins engagées (30 % dans le cas d'un acte de médecine de ville). Ainsi, un patient hospitalisé en chirurgie pour la pose de drains trans-tympaniques sans anesthésie (yoyos), payait 142 € au titre du ticket modérateur, correspondant à 20 % des frais d'hospitalisation (qui se montent, au total, à 709 €).

En revanche, un patient à qui l'on retirait les amygdales (coût du séjour 822 €) et qui aurait du acquitter un ticket modérateur de 164 € en était en fait totalement exonéré puisque durant son séjour un acte supérieur à 91 € avait été pratiqué.

C'est pour réduire ces inégalités, qu'il a été décidé de modifier les règles applicables en matière de participation de l'assuré par deux textes :

- L'article 56 de la LFSS pour 2006 a supprimé, pour le seul cas de l'hospitalisation et pour les actes dont la cotation est supérieur à K 50 ou le tarif supérieur à 91 euros, la règle d'imputation du forfait journalier hospitalier sur la participation de l'assuré prévue au troisième alinéa de l'article L.174-4 ;
- Le décret n° 2006-707 du 19 juin 2006 (J.O. du 20.06.06) a quant à lui supprimé l'exonération du ticket modérateur pour ces actes et l'a remplacé par une participation forfaitaire de 18 €.

Un certain nombre de personnes ne sont toutefois pas concernées par ce nouveau dispositif, dès lors qu'elles bénéficient par ailleurs d'une exonération totale de frais déjà prévue par la loi.

Sont notamment exonérés à ce titre :

- les patients atteints d'une pathologie classée dans les affections de longue durée (environ 6 millions de personnes), comme par exemple le cancer ;
- les femmes enceintes ;
- les nouveaux nés hospitalisés ;
- les titulaires d'une rente pour accidents du travail ou maladie professionnelle ou d'une pension d'invalidité...

Dans la plupart des cas, cette participation de 18 € sera prise en charge par les organismes complémentaires de santé (ou par l'Etat, pour les 4,7 millions de personnes bénéficiaires de la CMU-c).

La mesure a nécessité de nombreux aménagements informatiques dans les établissements de santé. Sa mise en œuvre effective est intervenue en septembre.

Article 57 : Contribution à la charge des diffuseurs de messages publicitaires sur certains produits sucrés

L'article L.2133-1 du code de la santé publique, issu de l'article 29 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, prévoit que les messages publicitaires en faveur des boissons avec ajouts de sucre, de sel ou d'édulcorant de synthèse et des produits alimentaires manufacturés contiennent une information à caractère sanitaire. A défaut de l'apposition de ce message sanitaire, l'annonceur ou le promoteur doit s'acquitter d'une contribution financière, assise sur les dépenses de publicité, versée selon les mêmes modalités que la taxe sur la valeur ajoutée. Le produit de cette taxe est reversé à l'Institut national pour la prévention et l'éducation à la santé (INPES) pour conduire des actions d'éducation nutritionnelle. La mesure concerne les grands vecteurs de publicité, à savoir les médias (la télévision, la radio, l'Internet, l'affichage, la presse écrite, les téléphones mobiles et le cinéma) et les imprimés et publications périodiques des distributeurs (notamment les brochures de supermarchés) et producteurs.

A cette fin, deux textes réglementaires d'application sont prévus : un décret en Conseil d'Etat et un arrêté.

Conformément à la loi, les textes réglementaires doivent être soumis à la consultation, outre du Conseil d'Etat, de l'INPES, de l'AFSSA et du Bureau de vérification de la publicité.

Ces consultations, incluant le passage devant le Conseil d'Etat, devraient être achevées au plus tard fin novembre 2006.

La mesure proposée entre dans le champ d'application de la Directive cadre 2000/13/CEE sur l'étiquetage et la présentation des denrées alimentaires destinées au consommateur final ainsi que la publicité faite à leur égard (JO L 33/79). Les textes réglementaires d'application doivent donc être également notifiés à la Commission européenne. Cette notification a été effectuée le 31 août 2006.

Compte tenu des contraintes posées par le droit communautaire, la mesure devrait s'appliquer au plus tard le 1^{er} mars 2007. Le projet de décret en Conseil d'Etat prévoit en effet que le dispositif est applicable deux mois après sa publication au Journal officiel.

Article 60 : Prolongation et financement du FAQSV

Initialement créé pour 9 ans par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) a été pérennisé par la LFSS pour 2006 et s'est vu doté de nouvelles missions.

Le FAQSV continue en effet de pouvoir financer les actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, notamment par l'aide au développement de réseaux de soins liant les professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé, mais il a par ailleurs vocation désormais à financer des structures participant à la permanence des soins, comme les maisons médicales de garde, ou des actions visant à favoriser une bonne répartition des professionnels de santé sur le territoire. Le FAQSV finance également la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP) en phase de montée en charge.

Cette mesure ne nécessite pas de texte d'application, à l'exception de sa traduction budgétaire. Ainsi, l'arrêté du 7 avril 2000, pris en application du décret de 1999 précisant les modalités de fonctionnement du FAQSV, disposait que les ressources du FAQSV étaient réparties à hauteur de 20 % pour les actions financées au niveau national et de 80 % pour les actions régionales. Cet arrêté a été abrogé par l'arrêté du 5 avril 2006 qui répartit désormais les ressources à hauteur de 70 % pour les actions nationales et de 30 % pour les actions régionales. Cette modification ne traduit pas une diminution de la dotation pour les actions régionales mais l'inscription, dans le budget du Fonds au niveau national, du financement du DMP.

Article 61 : Dotation au FMESPP

La dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie est fixée à 327 M€ en 2006.

Cet article est d'application directe.

**Articles 62 et 63 : Extension de la vaccination
aux personnels des EHPAD et vaccination grippale
de certains professionnels de santé.**

L'article 62 a modifié l'article L. 3111-4 du code de la santé publique relatif aux vaccinations obligatoires auxquelles sont soumis les professionnels exerçant en établissements de soins et de prévention et les étudiants des professions de santé (initialement : hépatite B, diphtérie, tétanos, poliomyélite, ainsi que pour les seuls personnels exerçant dans un laboratoire d'analyse, la fièvre typhoïde), en y ajoutant le vaccin contre la grippe. Ce texte n'est pas d'application immédiate et nécessite que les conditions d'immunisation soient préalablement fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF).

Le groupe de travail du Comité technique de vaccination issu du CSHPF chargé de définir ces conditions d'immunisation est arrivé à la conclusion que l'obligation vaccinale contre la grippe des professionnels n'était pas justifiée d'un point de vue épidémiologique. Dans un avis du 19 mai 2006 le Conseil supérieur d'Hygiène publique de France (CSHPF) a proposé de réserver la mise en œuvre de cette obligation vaccinale en période de grippe pandémique. De même, une analyse de la littérature effectuée en mars 2006 par l'Institut national de veille sanitaire n'a pas démontré l'existence d'un risque supérieur d'être contaminé par le virus de la grippe saisonnière en raison de leur poste chez les professionnels visés par l'article L 3111-4 par rapport aux autres professionnels en contact avec le public ou par rapport à la population générale.

C'est pour ces raisons qu'un décret de suspension de l'obligation vaccinale contre la grippe est en cours de signature par le ministre chargé de la santé. Ce décret est pris sur la base de l'article L 3111-1 du code de la santé publique qui autorise la suspension d'une obligation vaccinale pour tout ou partie de la population compte tenu des données épidémiologiques et des connaissances médicales et scientifiques disponibles.

L'obligation vaccinale contre la grippe est néanmoins maintenue dans le corpus juridique de manière à pouvoir être réactivée en période de pandémie grippale à virus mutant confirmée par l'OMS et par l'autorité nationale (phase 6) conformément à l'avis du CSHPF, dans un but de protection des professionnels particulièrement exposés à un risque de contamination susceptible de compromettre le pronostic vital du personnel et des personnes à risques de leur entourage

**Article 64 : Dotation au fonds de concours BIOTOX
au titre de 2006**

Les articles 5 et 64 de la LFSS pour 2006 fixent le montant de la contribution de l'assurance maladie pour 2005 et 2006 au fonds de concours mentionné à L.174-2 du code de la sécurité sociale.

Ces articles sont d'application directe.

Le solde de 2006 est négatif d'un peu plus de 17 000 000 €.

Article 65 : Lutte contre la fraude à la carte VITALE

Les obligations mentionnées par cet article ont été reprises dans la convention pharmaceutique négociée entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine et approuvée par arrêté ministériel en date du 11 Juillet 2006. La mise en œuvre effective de ces obligations sera liée à la montée en charge du système dit « vitale 2 », conformément à l'article 39 de la convention.

Article 68 : Modalités de fixation de l'OQN

Cet article précise, en complétant l'article L.162-22-2 du code de la sécurité sociale, les éléments dont il est tenu compte pour la fixation de l'objectif quantifié national (OQN), en prévoyant expressément les créations et fermetures d'établissements. Il permet d'explicitier la méthode de construction de l'OQN mise en œuvre jusqu'alors. Cet objectif est constitué conformément à la loi du « montant annuel des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés » dans le cadre des activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie des établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale, que ces charges correspondent aux établissements existants ou à celles de nouveaux établissements. Il est arrêté en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté par le Parlement, sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, après consultation des fédérations d'établissements.

Ces dispositions ont été mises en œuvre pour la détermination du montant de l'OQN pour 2006 fixé par l'arrêté du 1^{er} mars 2006.

Article 69 : Renforcement de la consultation de l'UNCAM

La loi relative à l'assurance maladie de 2004 a créé l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) afin de disposer au sein de l'assurance maladie d'un organisme fédérant l'ensemble des régimes. Dans cette optique, il était logique de modifier également l'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale afin que l'UNCAM se substitue aux caisses nationales des différents régimes pour émettre auprès du ministre chargé de la sécurité sociale et du Parlement les propositions relatives à l'évolution des charges et des produits de l'ensemble des caisses nationales et les mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.

Cet article est d'application directe.

Article 70 : Compétence de l'Etat en matière de ticket modérateur

Avec la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le Gouvernement a entendu confier à l'assurance maladie les compétences et les outils lui permettant d'assumer ses responsabilités. A cet effet, l'article 41-I de cette loi a prévu que l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) fixe les taux de remboursement des produits et prestations de santé dans des conditions et des limites déterminées par décret en Conseil d'Etat qui doit établir les «couloirs» dans

lesquels l'UNCAM peut faire évoluer les taux de remboursement. C'est le décret du 30 décembre 2004 relatif à la participation de l'assuré qui a fixé les limites minimales et maximales dans lesquelles l'UNCAM peut faire évoluer ces taux.

La loi du 13 août 2004 a également confié à l'UNCAM une compétence pour réduire ou supprimer la participation de l'assuré dans les cas actuels d'exonération du ticket modérateur prévus par l'article L. 322-3 du code précité.

Toutefois, les cas de réduction ou suppression de la participation de l'assuré constituant des instruments particulièrement lourds de conséquences pour les intéressés, toute modification du périmètre des réductions ou exonérations a un fort impact potentiel, tant du point de vue de la maîtrise des dépenses que du point de vue de la politique de santé publique, mais également du point de vue de la participation des assurés à leurs frais de soins.

C'est la raison pour laquelle le législateur a décidé de rétablir la compétence de l'Etat en matière de réduction ou de suppression de la participation de l'assuré avec le présent article qui a modifié à nouveau l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale en ce sens.

Cet article est d'application directe.

Article 71 : Modalités de fixation de la PCH

Cet article a pour objet de compléter et de préciser l'article L. 245-6 du code de l'action sociale et des familles qui détermine les conditions dans lesquelles est fixé le montant de la prestation de compensation instituée par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La disposition introduite par l'article précise que c'est un arrêté du ministre chargé des personnes handicapées qui fixera les tarifs et les taux de prise en charge ainsi que les montants maximums de cette prise en charge. Ces précisions étaient nécessaires pour d'une part préciser le recours à un arrêté, l'indication « par voie réglementaire » étant peu explicite, et d'autre part ajouter la notion de montants maximums.

Trois arrêtés du 28 décembre 2005 ont été publiés au JO du 30 décembre, en application de cette disposition : deux arrêtés fixant les tarifs des éléments de la prestation de compensation, l'un pour le premier élément (aide humaine), l'autre pour les quatre autres éléments et un troisième arrêté a fixé les montants maximaux attribuables au titre des éléments de la prestation de compensation.

Article 72 : Fonctionnement du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a été initialement créé par décret pour trois ans en octobre 2003 afin d'éclairer les débats publics préparatoires à la réforme de l'assurance maladie. Réunissant l'ensemble des acteurs du système de santé, le Haut conseil a rapidement assis sa légitimité et est devenu le lieu indispensable de préparation des débats publics sur l'assurance maladie.

Cet article en a tiré les conséquences en lui reconnaissant sa place au niveau de la loi et en pérennisant son existence.

Un décret prenant en compte cette modification est actuellement en cours de concertation avec le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Article 73 : Modalités d'aménagement du congé maternité en cas de naissance prématurée

Cet article a pour objet de compléter le dispositif ébauché par l'article 10 de la loi du 11 février 2005 et devait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2006.

Cependant, compte tenu des inégalités qui résultaient de ces dispositions pour d'une part les mères qui relèvent du Code du travail, d'autre part les femmes chefs d'entreprise et professionnelles de santé qui restaient exclues, le dispositif de l'article 73 a été modifié par l'article 15 de la loi n° 2006-340 du 23 mars 2006.

Ainsi toutes les mères dont l'accouchement intervient plus de six semaines avant la date présumée de l'accouchement et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant, peuvent prétendre, quel que soit leur régime de sécurité sociale et dans les mêmes conditions, au bénéfice de la période supplémentaire de congé de maternité qui est égale au nombre de jours courant depuis la date réelle de l'accouchement jusqu'à la date du congé maternité de la mère.

Afin de permettre à toutes les femmes concernées de bénéficier en même temps de ce congé supplémentaire, la loi du 23 mars a fixé l'entrée en vigueur des dispositions de l'article 15 aux accouchements concernés intervenant à compter du 1^{er} janvier 2006.

Article 74 : Pensions des veuf et veuves en Alsace Moselle

Cet article a rétabli pour le régime local d'Alsace-Moselle, s'agissant des règles relatives à l'attribution des pensions de réversion, l'application de la législation antérieure à la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, ainsi que cela avait été annoncé lors du vote de cette loi. D'autre part, il a étendu au régime local d'Alsace-Moselle le dispositif de majoration de durée d'assurance pour les parents d'un enfant handicapé, issu de la loi du 21 août 2003.

Pour l'application de la première mesure, une instruction ministérielle a été adressée à la CNAVTS en date du 23 février 2006. Aucune mesure réglementaire ou interprétative n'était en revanche nécessaire pour l'application de la majoration de durée d'assurance.

Article 75 : Intégration de la CAVIMAC

Cet article a achevé, par l'alignement de la retraite, le rapprochement du régime des cultes et du régime général dans lequel il était déjà intégré financièrement depuis 1998.

Le droit à pension, jusque là ouvert à 65 ans, est désormais ouvert à 60 ans (ou avant dans le cas de pluri-pensionnés ayant commencé à travailler très jeunes ou des personnes handicapées), dans les mêmes conditions que pour les salariés du régime général.

Il prévoit également l'affiliation des intéressés au régime de retraite complémentaire des salariés (ARRCO).

Deux décrets, dont un en Conseil d'Etat, doivent être pris en application de la loi afin de permettre la mise en œuvre de cette réforme.

Ils sont en cours de contreseing.

Article 76 : Service du minimum vieillesse aux étrangers

Cet article a supprimé le complément de retraite créé à l'article L. 815-30 du code de la sécurité sociale par l'ordonnance n°2004-605 du 24 juin 2004 et qui devait remplacer, pour les nouveaux retraités résidant à l'étranger, la majoration prévue à l'ancien article L. 814-2 du code de la sécurité sociale.

En conséquence, depuis le 1^{er} janvier 2006, aucune allocation constitutive du minimum vieillesse ne peut donc plus être attribuée à de nouveaux allocataires résidant à l'étranger.

Dans la même logique, l'article a prévu également, au III, que le minimum vieillesse (dont la nouvelle dénomination issue de l'ordonnance de simplification du 24 juin 2004 est « l'allocation de solidarité aux personnes âgées ») est désormais attribué aux ressortissants étrangers sous les mêmes conditions de régularité et de durée de séjour en France que le RMI.

Ces mesures qui ne nécessitent pas de texte d'application sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2006.

Article 77 : Paramètres du régime ASV

Cet article ouvre les voies d'une réforme des avantages complémentaires des régimes d'ASV.

Cette réforme modifie la fixation des paramètres de ces régimes de la manière suivante :

- d'une part, elle déconnecte la fixation de la cotisation actuelle des ASV des lettres clé des professionnels de santé. En effet, les cotisations de tous les régimes étaient calculées en fonction de la lettre clé spécifique à chacun de ces régimes ainsi que de la valeur du point, à l'exception de la valeur du point des médecins et des chirurgiens dentistes, ce qui ne permettait pas un pilotage fin (article L.645-2) ;
- d'autre part, elle permet de moduler la valeur de service en fonction de la date d'acquisition et de la date de liquidation des points. Il s'agit d'assurer l'équité entre les générations, cette modulation ayant pour objectif de rapprocher progressivement le rendement selon l'année d'acquisition des points avec le rendement d'équilibre (article L.645-5 et L.645-6) ;
- enfin, elle crée la possibilité d'appeler une cotisation d'ajustement. Cette cotisation permet de limiter la baisse du taux de rendement. Dans un premier temps il n'est pas prévu qu'elle puisse ouvrir des droits. Cependant, la loi en laisse la possibilité en fonction de la situation propre à chaque régime. Les caisses d'assurance maladie participent au financement de cette cotisation (article L.645-3).

Cette réforme permettra de mieux piloter les régimes ASV, sans remettre en cause ni leur gestion par les sections professionnelles ni la participation des caisses d'assurance maladie au paiement des cotisations, celle-ci devant être fixée depuis la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie dans le cadre des conventions médicales.

En outre, en s'attachant à la définition générale des paramètres, la loi laisse ouverte à la négociation avec les instances professionnelles des régimes des scénarii alternatifs en faisant jouer l'un ou l'autre des paramètres selon la section professionnelle concernée, en fonction de la situation du régime.

Une concertation a d'ores et déjà été engagée avec les chirurgiens-dentistes et les biologistes sur les mesures réglementaires d'application et le sera ensuite avec les autres professionnels de santé.

Article 79 : Adossement d'un régime de retraite sur la CNAV

Cet article pose le principe selon lequel toute opération d'adossement d'un régime de retraite, notamment d'un régime spécial, sur la CNAVTS doit être financièrement neutre pour celle-ci. Par ailleurs, il prévoit un dispositif d'information sur le respect de ce principe : tout d'abord dans le cadre du rapport annuel établi par le gestionnaire du régime adossé et, tous les 5 ans, au moyen d'un rapport établi par l'ensemble des parties concernées par l'adossement (régime adossé, CNAVTS et régimes complémentaires) qui est communiqué au Parlement.

Cet article ne nécessite pas de mesure réglementaire d'application.

Article 80 : Information préalable du Parlement sur tout projet d'adossement d'un régime de retraite sur la CNAV

Cet article prévoit l'information systématique du Parlement préalablement à toute opération d'adossement d'un régime de retraite sur la CNAVTS, qu'elle soit réalisée par voie législative ou réglementaire. Cette information, qui porte sur les modalités de l'adossement, est effectuée auprès des commissions compétentes du Parlement avant la signature, par la CNAVTS et l'organisme gestionnaire du régime adossé, de la convention financière définissant l'opération d'adossement.

Cet article ne nécessite pas de mesure réglementaire d'application.

Article 81 : Surveillance post professionnelle des victimes de l'amiante

Cet article renforce la surveillance médicale des personnes susceptibles d'avoir été exposées à l'amiante lors de leur activité professionnelle.

La surveillance post-professionnelle est complémentaire de la médecine du travail ; elle s'adresse aux personnes inactives (retraités, chômeurs) qui n'en relèvent pas. Elle est gratuite pour ces personnes du fait de la prise en charge par l'action sanitaire et sociale des caisses.

Cet article innove en ce qu'il implique que l'information soit donnée par la caisse primaire et que toutes les personnes ayant été exposées à l'amiante soient informées.

Pour disposer de ces informations, la caisse primaire doit s'adresser aux caisses régionales afin de se faire communiquer les relevés de carrière des intéressés. Le transfert des fichiers requiert une autorisation de la CNIL.

En outre, l'expérience « amiante » menée dans quatre régions (Aquitaine, Haute et Basse Normandie, Rhône-Alpes) fait apparaître que la caisse primaire n'est pas toujours l'organisme le mieux placé pour donner l'information, celle-ci pouvant aussi être donnée plus efficacement par les centres de santé ou des équipes pluridisciplinaires constituées ad hoc.

L'exhaustivité de l'information individuelle n'est pas un objectif réaliste. Il sera sans doute nécessaire de préciser la loi sur cet aspect, par exemple à l'occasion de l'élaboration du projet de loi sur la prévention des maladies professionnelles, annoncé par le Président de l'Assemblée Nationale.

Il conviendra donc, comme le suggère la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de compléter l'information individuelle par une information générale. La nécessité de celle-ci ne s'en impose pas moins, compte tenu du nombre très important de salariés français qui, selon la direction de l'animation, de la recherche et des statistiques du travail (DARES), ont subi des expositions fortes, moyennes ou faibles à l'amiante, en prenant les précautions nécessaires pour éviter les réactions collectives irrationnelles.

Par ailleurs, un dépistage systématique n'est sans doute pas souhaitable, dès lors qu'il n'y a pas ou peu de thérapies contre les maladies de l'amiante les plus fréquentes, comme les plaques pleurales ou les plus graves. Une demande excessive de recours au scanner, mode d'investigation impliquant une exposition à des rayonnements ionisants cancérigènes, pourrait être dangereuse pour des personnes déjà exposées à un autre agent cancérigène. Le suivi post professionnel a essentiellement un intérêt aux fins thérapeutiques pour certaines pathologies (en nombre limité) et, cela est incontestable, aux fins d'indemnisation des victimes. La Haute Autorité de Santé a été interrogée sur ce premier point.

Par ailleurs la question des examens médicaux complémentaires appropriés est également évoquée dans cet article.

Les protocoles sont actuellement définis par un arrêté du 28 février 1995 d'application de l'article D. 461-25 du code de la sécurité sociale. Ce texte est obsolète et il serait vain de l'actualiser sans prévoir les modalités d'actualisation futures. Dans ces conditions, des contacts sont pris aux fins de définir des modalités d'actualisation périodique des protocoles d'examen.

Au-delà de l'application de la disposition, il apparaît que l'exigence d'une attestation d'exposition aux agents cancérigènes signée de l'employeur et du médecin du travail, qui figure à l'article D. 461-25 déjà cité, est un obstacle majeur au bénéfice du suivi post professionnel. C'est pourquoi l'expérience menée dans quatre régions avait, en lieu et place de l'attestation, utilisé directement des réseaux pour contacter les personnes présumées concernées. Or, dans le cadre d'une généralisation aux autres régions de l'expérience amiante à long terme et, surtout, pour les cancérigènes autres que l'amiante, non visés par l'expérience, cette méthode est sans nul doute impraticable. Il faudra que le demandeur de suivi médical produise à la caisse primaire d'assurance maladie une attestation, dont le type et le modèle restent à définir.

Article 82 : Dotation aux FCAATA et FIVA

Cet article fixe respectivement le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante à 700 millions d'euros au titre de l'année 2006 et celui au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante à 315 millions d'euros au titre de l'année 2006.

Cet article est d'application directe.

Article 83 : Transfert annuel entre la branche AT-MP et la branche maladie du régime général

Le montant du versement de la branche Accidents du travail - maladies professionnelles à l'assurance maladie, mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, au titre de la sous déclaration des AT-MP, est fixé, pour l'année 2006, à 330 millions d'euros.

Cette mesure est d'application directe.

Article 85 : Conditions d'attribution des prestations familiales à MAYOTTE

Cet article a supprimé le plafonnement à trois enfants par allocataire institué pour le versement des prestations familiales à Mayotte (allocations familiales, allocation de rentrée scolaire et allocation logement).

La situation économique et sociale de l'archipel exigeait des mesures destinées à améliorer l'aide aux personnes en grande précarité, en particulier par un effort en direction des familles. Le niveau des prestations sociales à Mayotte étant encore sensiblement inférieur à celui de la métropole, cette disposition s'est inscrite dans la démarche générale de rattrapage et d'alignement de la situation de la collectivité départementale.

Le texte d'application de cette mesure - décret n°2006-727 du 22 juin 2006 relatif aux prestations familiales à Mayotte - est paru au journal officiel du 23 juin 2006.

Article 86 : Création du complément optionnel de libre choix d'activité

Cet article introduit une nouveauté au sein du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) : le complément optionnel de libre choix d'activité.

Ce complément optionnel de libre choix d'activité est réservé aux parents qui choisissent de ne pas exercer d'activité professionnelle pendant une durée maximale d'un an pour s'occuper d'un enfant de rang trois ou plus.

Dans ce cas, l'option entre complément optionnel de libre choix d'activité et complément de libre choix d'activité de droit commun est définitive. Le parent optant pour le complément optionnel de libre choix d'activité percevra un montant de complément majoré, à hauteur de 750 € par mois.

Ce dispositif a pour objectif d'éviter un éloignement trop important de l'entreprise en encourageant les retours anticipés.

Le complément optionnel de libre choix d'activité est réservé aux parents ayant au moins trois enfants à charge ; il est entré en vigueur au 1^{er} juillet 2006 pour tous les enfants nés ou adoptés à compter de cette date, ainsi que pour les enfants nés avant cette date alors que leur date de naissance présumée était postérieure au 30 juin 2006.

Le décret n°2006-732 du 22 juin 2006 relatif au complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant est paru au journal officiel du 24 juin 2006. Une circulaire d'application du 16 juin 2006 a précisé les modalités d'application de ce complément optionnel de libre choix d'activité.

Article 87 : Modalités de l'allocation journalière de présence parentale

Cet article a créé une nouvelle prestation familiale, l'allocation journalière de présence parentale qui est entrée en vigueur au 1^{er} mai 2006. Elle a remplacé l'allocation de présence parentale, servie mensuellement.

Cette réforme permet à la personne qui assume la charge d'un enfant atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants de bénéficier, pour chaque jour de congé pris, d'une allocation journalière : le parent qui a à faire face subitement à une telle situation est assuré d'une plus grande souplesse dans la mesure où il peut prétendre à un congé de présence parentale sous forme de jours d'absence.

En effet, la loi a prévu que le parent pourra prétendre à un congé de présence parentale de 310 jours, soit 14 mois, au sein d'une période maximale de 3 ans.

Le dispositif s'adresse aux parents qui exercent une activité professionnelle, salariée ou non, à la recherche d'un emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle rémunérée.

La loi crée, en plus de l'allocation, un complément pour frais (versé sous condition de ressources) destiné à prendre en charge de manière forfaitaire tout ou partie des dépenses occasionnées par l'état de santé de l'enfant exigeant des dépenses d'un certain montant.

La particulière gravité de la maladie, du handicap ou de l'accident ainsi que le caractère indispensable d'une présence soutenue et des soins contraignants sont attestés par un certificat médical détaillé, établi par le médecin qui suit l'enfant au titre de la maladie, du handicap ou de l'accident.

Le décret n°2006-659 du 2 juin 2006 relatif à l'allocation journalière de présence parentale et au congé de présence parentale est paru au journal officiel du 4 juin 2006. Une circulaire d'application du 27 avril 2006 a précisé les modalités d'application de cette allocation.

Article 88 : Report des dispositions de la PAJE

La prestation d'accueil du jeune enfant a été instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. Les dispositions d'entrée en vigueur prévoyaient que seuls les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2004 bénéficiaient de la nouvelle prestation. Le principe de cette entrée en vigueur « en flux » était atténué par une disposition prévoyant que l'ensemble des personnes respectant les conditions d'ouverture du droit étaient éligibles au nouveau dispositif à compter du 1^{er} janvier 2007.

Cette rédaction aurait eu pour conséquence de faire basculer dans la PAJE, les générations d'enfants âgés de 3 à 6 ans au 1^{er} janvier 2007 (et nés avant le 1^{er} janvier 2004). Il est apparu préférable de poursuivre le versement des prestations jusqu'à leur terme.

Cette mesure est d'application directe.

Article 89 : Conditions d'ouverture du droit aux prestations familiales aux étrangers

Cet article a procédé à une clarification des conditions d'ouverture du droit aux prestations familiales pour les allocataires étrangers. Le texte réitère une règle traditionnelle : les parents comme les enfants doivent être en situation régulière pour prétendre au bénéfice des prestations familiales. La mesure consolide ainsi les solutions actuelles et permet d'éviter tout détournement de procédure.

L'article renvoie à un décret la nature des documents exigés pour justifier que les enfants dont les étrangers ont la charge et au titre desquels des prestations familiales sont demandées remplissent les conditions prévues.

Le décret n°2006-234 du 27 février 2006 pris pour l'application de l'article L.512-2 du code de la sécurité sociale est paru au journal officiel du 28 février 2006.

Article 90 : Financement des majorations pour enfants par la CNAF

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a prévu un allègement de la charge résultant pour le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) du remboursement au régime général, aux régimes alignés sur lui (ORGANIC, CANCAVA, salariés agricoles) et au régime des exploitants agricoles, de la majoration de pensions pour enfants, par le transfert de cette charge à la caisse nationale d'allocations familiales.

La part de cette prise en charge par la caisse nationale d'allocations familiales était fixée chaque année en loi de financement de la sécurité sociale. Depuis 2003, la CNAF prenait en charge 60 % de ces dépenses.

L'article 90 de la LFSS pour 2006 a pérennisé ce taux de prise en charge en l'inscrivant dans l'article L. 223-1-5° du code de la sécurité sociale.

Cette mesure est d'application directe.

Article 92 : Contrôle et lutte contre les fraudes

Cet article vise à compléter les dispositions sur la lutte contre la fraude et à les harmoniser tout en tenant compte des différences existant entre les organismes chargés de la gestion des prestations et ceux en charge du recouvrement. Il crée à cet effet un chapitre spécifique relatif au « contrôle et à la lutte contre la fraude » dans le code de la sécurité sociale. Les principales dispositions sont les suivantes :

- obligation pour les organismes de réaliser les contrôles et enquêtes en cas de fraude suspectée et d'en informer la tutelle ainsi que d'engager des poursuites pénales en cas de fraudes avérées (article L. 114-9) ;
- obligation pour les organismes nationaux d'assurer un suivi et une synthèse des cas de fraudes, synthèse transmise au ministre (art. L. 114-9) ;
- création d'un dispositif nouveau (art. L. 114-17) permettant aux directeurs des organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou de l'assurance vieillesse d'appliquer des pénalités lorsque les déclarations faites par les bénéficiaires apparaissent inexactes ou incomplètes, ou lorsque la personne n'a pas déclaré un changement de la situation ouvrant droit à la prestation et que des prestations ont donc été indûment versées de ce fait ;
- amélioration des dispositions relatives aux agents chargés du contrôle (art. L. 114-10) désignés par les directeurs des organismes servant des prestations, agents qui sont assermentés et agréés ;
- harmonisation du niveau des sanctions pénales applicables en cas de fraude ou de fausse déclaration pour les différentes branches servant des prestations (art. L. 114-13) ;
- élargissement des possibilités d'échanges d'informations, aujourd'hui prévues entre organismes de sécurité sociale, aux caisses assurant le service des congés payés ainsi qu'aux organismes en charge de l'indemnisation du chômage ; et ajout des échanges nécessaires au contrôle et à la justification des prestations (art. L. 114-12) ;
- reprise des anciennes dispositions qui figuraient au livre II et au livre des procédures fiscales pour les échanges entre les organismes de sécurité sociale et l'administration fiscale en les élargissant à l'ensemble des régimes et des branches (art. L. 114-14).

Le II de l'article modifie et complète les cas où des pénalités administratives peuvent être prononcées dans la branche maladie. Ce dispositif (art. L.162-1-14) avait été créé par la loi d'assurance maladie du 13 août 2004.

Le III de l'article renforce les capacités de contrôle des pièces justificatives par les organismes de sécurité sociale lorsque les échanges systématiques entre administrations s'avèrent inopérants ou insuffisants. Il mentionne explicitement la prise en compte, pour le service des prestations sous conditions de ressources, de toutes les ressources, y compris celles d'origine étrangère, et prévoit que la vérification des ressources d'origine étrangère peut être confiée à un ou plusieurs organismes du régime général agissant pour l'ensemble des régimes.

Le IV de l'article procède à des ajustements d'articles relatifs à la couverture maladie universelle :

- il permet aux caisses, lorsque la CMU est attribuée sous réserve du paiement d'une cotisation trimestrielle, de suspendre le service des prestations en cas de non paiement de la cotisation dans l'attente de la régularisation ;

- Il vise également à donner une base légale aux contrôles systématiques par croisement de fichiers avec d'autres administrations, afin de sécuriser et simplifier les procédures.

Les textes nécessaires à l'application de l'article 92 sont au nombre de 12, leur rédaction a demandé une large concertation interministérielle (Ministère de la justice, CNIL et DGI, notamment) et avec les caisses nationales : 5 décrets en Conseil d'Etat, 5 décrets simples, 2 arrêtés. Par ailleurs, une circulaire sur le contrôle des ressources d'origine étrangère vient d'être signée ; une deuxième sur la synthèse annuelle relative aux fraudes est en cours de rédaction.

L'arrêté définissant le contenu et le calendrier de la synthèse annuelle sur les fraudes que les régimes doivent établir en application de l'article L. 114-9 a été publié le 30 juin 2006.

Le décret créant le comité de lutte contre les fraudes est en cours de publication. Le comité doit se réunir prochainement.

Le Conseil d'Etat est saisi pour avis :

- du décret d'application de l'article L. 162-1-14 relatif aux pénalités de la branche maladie ;
- du décret d'application de l'article L. 114-17 qui met en place la procédure de sanction administrative des branches famille et vieillesse, définit les fautes qui peuvent être sanctionnées et les montants des pénalités ; ce texte inclut également une disposition d'application de l'article 15 de la loi du 23 mars 2006 relative au retour à l'emploi, créant des sanctions administratives pour les titulaires d'API ;
- du décret de « toilettage » des anciennes dispositions relatives aux contrôleurs.

Le décret fixant le seuil au delà duquel les organismes qui découvrent une fraude doivent porter plainte en se constituant partie civile est en cours de contreseing.

Sont en cours de finalisation :

- le décret définissant la durée de suspension de l'instruction des dossiers en cas d'absence de justificatifs ;
- le nouvel arrêté sur les conditions d'agrément des contrôleurs qui inclura les praticiens conseils ;
- le décret simple définissant les modalités de suspension des prestations de CMU de base, en cas de non paiement des cotisations ;
- et le décret en Conseil d'Etat modifiant l'article R. 152-1 du livre des procédures fiscales, de façon à permettre la constitution de listes d'assurés, soit ayant déclaré avoir quitté le territoire, soit ne disposant d'aucune ressource d'activité, sans fichier d'appel ; les travaux techniques débutent parallèlement et devraient permettre de constituer les premières listes pour l'été 2007.

Ces textes devraient être publiés d'ici la fin de l'année.

Sont en cours de rédaction :

- le décret simple organisant la coopération entre organismes et entre branches pour les contrôles sur place ;
- le décret en Conseil d'Etat permettant aux régimes de mutualiser le contrôle des ressources perçues à l'étranger.

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

A. Problématique de la simplification

La multiplication et la stratification des règles instituées par le législateur ou le pouvoir réglementaire dans le domaine social, et en particulier des prélèvements sociaux, entraînent une certaine complexité, qui rend nécessaire la mise en œuvre d'actions de simplification.

Cette complexité ne résulte d'ailleurs pas du seul fait de l'Etat, mais tient également au nombre de partenaires gestionnaires. En effet, la protection sociale complémentaire (retraite et prévoyance) ainsi que l'assurance chômage sont gérées par les partenaires sociaux au sein d'institutions paritaires, fixant librement leurs règles et disposant d'une totale autonomie administrative et financière.

L'addition des formalités et des procédures peut provoquer chez les assujettis cotisants, entreprises, associations, travailleurs indépendants, particuliers employeurs, d'une part le sentiment de subir des charges supplémentaires, « l'impôt-papier », et d'autre part la crainte d'encourir des pénalités financières, par omission ou mauvaise interprétation de leurs obligations.

Ces problématiques se posent de façon plus aiguë dans les structures de petite taille que dans les entreprises plus importantes qui, du fait de leurs moyens administratifs et financiers, sont mieux armées pour gérer la complexité réglementaire.

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. 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 a constitué une avancée, il demeurait cependant insuffisant : d'une part ces procédures de regroupements étaient tributaires du support papier, avec ses lourdeurs et ses délais, d'autre part il ignorait 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 la complexité administrative. D'autre part, lorsque le service offert s'adresse à un seul secteur ou une seule profession, la segmentation de l'offre permet de limiter la complexité de la gestion.

• Le chèque-emploi service

Le premier dispositif regroupant les déclarations et les paiements, sous une forme très simplifiée, a été le « chèque-emploi service » (CES), institué par la loi quinquennale pour l'emploi de 1993, pour faciliter l'emploi de salariés par les particuliers à leur domicile. Sur un seul document - du format chèque bancaire - le particulier adresse à un organisme unique, un 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 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'Assedic, à l'IRCEM retraite et prévoyance, à la formation professionnelle continue), les encaisse par prélèvement automatique, les ventile entre les organismes destinataires, puis 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.

Ce modèle constitue un exemple pour des dispositifs similaires, même si 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.

Au 1^{er} janvier 2006, le chèque emploi service est remplacé par le chèque emploi service universel (cf. C- 2° infra).

- **Le titre de travail simplifié**

Afin de faciliter 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 fixée 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, 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, boulangerie, garages, services aux entreprises...) mais pour les seuls emplois « occasionnels ».

Le dispositif du TEE a été réorganisé en 2005. Deux décrets du 10 août 2005 précisent désormais les conditions de fonctionnement du TEE pour l'emploi de salariés occasionnels (moins de cent jour ou sept cents heures 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 il convient d'ajouter 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 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. Au 30/04/2006, l'URSSAF du Bas-Rhin gère à ce titre 3 150 comptes d'entreprises étrangères.

Utilisation des dispositifs de simplification Volumétrie (juillet 2006)

	Adhérents		Salariés concernés	
	Juillet 2005	Juillet 2006	Juillet 2005	Juillet 2006
CES	840 000	1 060 000	472 600	559 000
TTS (au 01/08/05)	4 150	6 438	34 670	48 800
CEA	18 000	27 200	25 600	58 000
PAJE	254 500	486 700	194 000	308 000
Service emploi associations	11 700	18 000	58 000	90 000
TEE	31 000	40 000	34 000	66 300
GUSO	315 675	360 105	164 756	182 419

3° Les déclarations mutualisées dématérialisées

La simplification a également été recherchée dans 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.

Les pouvoirs publics se sont attachés à présenter une politique d'offre commune de service 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 (Medef, qui préside le GIP, CGPME, UPA, FNSEA). Il a pour mission de promouvoir les déclarations sociales dématérialisées et d'offrir un accès 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.

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 significatif :

	2004	2005	Juillet 2006
DUCS	346 063	748 684	873 724
DADS-U	36 237	203 710	1 236 710

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

C. Les simplifications et modifications intervenues à partir de 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. Deux dispositifs ont été créés :

1. le « chèque-emploi pour les très petites entreprises » ;
2. « le chèque-emploi service universel », remplaçant le chèque emploi service.

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 », complétée par un décret du 26 août 2005 et un arrêté du 29 août 2005.

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 ; cette convention comporte des engagements respectifs, permettant un développement harmonieux du dispositif . A la différence du TEE, 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^{er} septembre 2005. En juillet 2006, le CETPE concernait 27.200 employeurs inscrits et 27 380 salariés.

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, comme le chèque emploi service permet aux particuliers soit de rémunérer et déclarer des salariés (emploi direct) soit, et c'est la nouveauté, de rémunérer des services prestataires comme le titre emploi service qui existait précédemment mais d'utilisation assez faible.

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 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 est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2006.

2. 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.

Plusieurs outils concourent à la mise en œuvre de cet objectif. 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 - cf partie I-B ci dessus). 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 qui sont rappelées ici pour mémoire et sont pour l'essentiel déjà entrées en application :

- 1° L'ordonnance n° 2004-329 du 15 avril 2004 allégeant les formalités applicables à certaines prestations sociales, prise en application de l'article 15 de la loi n° 2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le Gouvernement à simplifier le droit, visait à faciliter la vie des bénéficiaires de diverses prestations de sécurité sociale.
- 2° L'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004, simplifiant le minimum vieillesse a été prise en application de l'article 15 de la loi précitée du 2 juillet 2003. Le décret d'application devrait intervenir avant la fin 2006.
- 3° L'ordonnance n° 2005-655 du 8 juin 2005 relative au logement et à la construction, prise en application de l'article 19 de la loi de simplification du droit du 9 décembre 2004 visait notamment à simplifier, clarifier et harmoniser la réglementation des aides personnelles au logement
- 4° L'ordonnance n° 2005- n°2005-804 du 18 juillet 2005, prise en application des articles 71 et 84 de la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit, concernait plusieurs domaines et s'adressait à plusieurs types d'usagers ou d'acteurs de la sécurité sociale.

La préparation de la troisième loi de simplification du droit.

En 2006, la démarche de simplification s'est poursuivie notamment dans le cadre de l'élaboration du projet de troisième loi de simplification du droit qui a été adopté par le Gouvernement puis déposé devant le Sénat le 13 juillet 2006.

Un ensemble de dispositions concerne la sécurité sociale. Il s'agit prioritairement de mesures de simplification en faveur des usagers.

Le I de l'article 2 de ce projet supprime l'obligation pour les parents d'envoyer à la caisse d'allocations familiales les justificatifs de passation des trois examens postnataux de leurs enfants, déjà transmis en parallèle aux protections maternelles et infantiles des conseils généraux, chargés du suivi sanitaire.

Le III du même article fait de la caisse des Français de l'étranger l'interlocuteur unique en matière d'assurance volontaire vieillesse pour cette catégorie de personnes. Dans la situation actuelle, l'identification de la caisse primaire d'assurance maladie compétente pose de nombreuses difficultés.

L'article 3 comporte deux mesures destinées à permettre l'utilisation des nouvelles technologies dans les domaines social et médical, au bénéfice des usagers et des professionnels de santé.

Le I prévoit que les collectivités territoriales et les organismes gérant un service public pourront recevoir des informations dématérialisées de la part des organismes de sécurité sociale, afin de décider de l'attribution de prestations sociales (niveau de ressources dans le cas du revenu minimum d'insertion ou de la couverture maladie universelle ; composition de la famille). Ces transferts de données permettront de dispenser les demandeurs de certaines pièces justificatives, et de répondre plus rapidement aux situations de précarité. Les règles d'application de ce dispositif seront prises par décret en Conseil d'État après l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Le II étend aux médecins des établissements médico-sociaux l'accès à l'historique des remboursements de leurs patients, dans le cadre du projet « webmédecin », afin d'assurer un meilleur suivi médical des enfants dans le cadre des protections maternelles et infantiles et des personnes âgées en maison de retraite.

L'article 5 unifie la date d'entrée en vigueur des avenants conclus par les partenaires sociaux dans le cadre des régimes de retraite complémentaire des salariés (Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC) et Association des régimes de retraite complémentaire (ARRCO)) et étendus, en la fixant à la date de leur dépôt auprès des services du ministère du travail.

La situation actuelle, dans laquelle ils sont appliqués immédiatement aux salariés des entreprises affiliées à des organismes signataires, mais seulement après extension, soit plusieurs mois plus tard, pour les autres, induit une différence de traitement injustifié.

B. La Création du Régime social des indépendants (RSI)

Au cours de l'année 2003 s'est engagé un processus de simplification visant à fusionner les trois réseaux de caisses gérant les régimes de sécurité sociale des travailleurs indépendants non agricoles. Cette évolution très importante constitue

la première réforme structurelle de rapprochement de caisses depuis la création de la Sécurité sociale dans notre pays.

Les trois régimes concernés sont :

- le régime vieillesse, invalidité, décès des artisans (AVA) ;
- le régime vieillesse, invalidité, décès des commerçants et industriels (ORGANIC) ;
- 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.

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'un directeur général commun au mois d'avril 2005 et un conseil d'administration (l'Instance nationale provisoire) commun aux trois caisses nationales installé au mois de juin 2005.

Pour la mise en place du régime social des indépendants en 2006, l'ordonnance n° 2005-1528 du 8 décembre 2005 institue une Caisse nationale et des caisses de base dont la cartographie a été proposée par l'instance nationale provisoire . Le nombre des caisses de base passe de 92 à 30.

Cette seconde ordonnance définit l'organisation administrative, financière et comptable du réseau des caisses du régime social des indépendants. Elle précise, en premier lieu, le champ d'application du nouveau régime qui couvre l'assurance maladie et maternité des trois groupes professionnels (artisans, industriels et commerçants et professions libérales) et les assurances vieillesse de base, l'invalidité- décès et les assurances vieillesse complémentaires obligatoires des artisans et des industriels et commerçants. Elle institue une caisse nationale et des caisses de base qui comportent chacune un conseil d'administration élu qui règle par ses délibérations les affaires générales de la caisse et un directeur. Le directeur général de la caisse nationale est nommé par l'Etat pour une durée de six ans. Les pouvoirs du directeur général, comme l'étaient ceux du directeur général commun, sont renforcés pour la gestion de la caisse nationale qu'il dirige et le pilotage du réseau des caisses de base .

L'ordonnance fixe le principe de la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'Etat et la Caisse nationale du RSI pour une durée d'au moins quatre ans et sa déclinaison par des contrats pluriannuels de gestion conclus entre la caisse nationale et chaque caisse de base.

Au mois de mai 2006, les conseils d'administration des caisses de base composés de personnes élues par les assurés ont été installés, puis le conseil d'administration de la caisse nationale.

La nomination du directeur général de la caisse nationale, le 1^{er} juillet 2006, marque la fin de la mise en place des nouvelles structures et la création du RSI .

Ainsi, la mise en place du RSI en 2006 conduira les membres des professions artisanales, industrielles et commerciales à ne plus s'adresser qu'à deux interlocuteurs au lieu de trois pour le recouvrement de leurs cotisations personnelles (l'Union pour le recouvrement des cotisations de la sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) pour les cotisations d'allocations familiales, la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) et la caisse de base du RSI pour les cotisations d'assurance vieillesse, invalidité- décès et d'assurance maladie) et à un seul organisme pour la gestion de leurs prestations maladie et vieillesse. Le service des prestations maladie restera délégué aux organismes conventionnés mutualistes ou assureurs .

Une troisième ordonnance, n°2005-1529 du 8 décembre 2005, institue l'interlocuteur social unique (ISU) et prévoit les délégations de certaines fonctions du recouvrement par le RSI à d'autres organismes. La mise en place de l'ISU est prévue au 1^{er} janvier 2008 au plus tard .

Le RSI délègue aux URSSAF et aux caisses générales de la sécurité sociale (CGSS) certaines fonctions liées aux missions de recouvrement. Cette délégation est transparente pour le travailleur indépendant qui ne connaîtra que le RSI, les URSSAF et les CGSS intervenant sous l'entête de ce dernier.

A chaque étape des opérations du recouvrement de toutes leurs cotisations et contributions personnelles, les artisans et les commerçants auront un seul interlocuteur.

Actuellement, l'encaissement des cotisations d'assurance maladie des artisans, commerçants et professions libérales est confié aux organismes conventionnés. Lors de la mise en place de l' ISU, ces organismes conventionnés assureront l'encaissement de ces cotisations pour les seules professions libérales.

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. Simplification pour les assurés par la dématérialisation des échanges

1° 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.

L'accès en ligne aux éléments de dossier concerne :

- la consultation des remboursements de l'assurance maladie sur le site www.ameli.fr ;
- la consultation du dossier allocations familiales sur le site www.caf.fr ;
- la simulation des droits à retraite : le droit à l'information des assurés sur leur retraite prévu par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites se réalise progressivement. Depuis juillet 2006, un outil de simulation de pension, mis au point dans le cadre du GIP INFO RETRAITE est ouvert au public. M@REL (« ma retraite en ligne ») est accessible sur les sites des régimes de retraite ainsi que sur celui du GIP.

2° 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 :

- **l'assurance maladie** offre aux assurés, à titre expérimental dans quelques départements, depuis juin 2006, un suivi en ligne des remboursements sur le site www.ameli.fr. Plus de 3 millions de consultations sont déjà intervenues depuis cette date. Ce service sera généralisé en 2007 ;
- s'agissant de **la branche famille**, la montée en charge de la télédéclaration de ressources se poursuit avec 1,9 millions de télédéclaration en 2006 (870 000 en 2005). Par ailleurs, la consultation en ligne des dossiers personnels des allocataires a plus que doublé (49 millions en juillet 2006) et permet à chaque allocataire de suivre ses paiements, ses remboursements ou les échanges qu'il effectue avec la CAF. Enfin, les demandes en ligne d'aide au logement pour les étudiants ont été multipliées par 12 en 2006 (1,8 millions de demande). Dans le cadre de l'amélioration de l'offre de service, les CAF ont poursuivi la mise en place de bornes interactives et de visio-guichets ;
- **la branche retraite** met en place pour les assurés un service leur permettant de connaître par simulation le coût de rachat de trimestre par années d'études ou par années incomplètes.