

2008

SÉCURITÉ SOCIALE



Projet de loi de financement de la Sécurité sociale - PLFSS

ANNEXE 3

- Mise en œuvre de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007
- Mesures de simplification



MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DES RELATIONS SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA
FONCTION PUBLIQUE

www.travail-solidarite.gouv.fr
www.sante.gouv.fr
www.finances.gouv.fr

ANNEXE 3

**A / MISE EN ŒUVRE DE
LA LOI DE FINANCEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2007**

**B / MESURES
DE SIMPLIFICATION**

A/ MISE EN ŒUVRE DES DISPOSITIONS DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2007

Dispositions relatives à l'année 2006

Section 1. Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale

Article 5 : Contribution exceptionnelle 2006 de régulation sur les ventes en gros de spécialités pharmaceutiques

La contribution prévue par les articles L. 138-1 et suivants du code de la sécurité sociale est assise sur les ventes en gros de spécialités pharmaceutiques, et payée par les grossistes répartiteurs et les laboratoires qui réalisent des ventes directes aux officines. Cette taxe est calculée en appliquant un taux de 0,21 % au chiffre d'affaires hors taxe réalisé au cours de l'année civile et celui de 2,25 % sur la différence entre le chiffre d'affaires hors taxe réalisée au cours de l'année civile et celui réalisé l'année civile précédente.

Au vu de la croissance importante des dépenses de médicaments remboursés, cet article a complété ce dispositif en instaurant une contribution exceptionnelle de régulation sur les ventes en gros de produits. Cette contribution, due principalement par les grossistes répartiteurs, est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes pour l'année civile 2006. Le montant de la contribution est calculé en appliquant 0,21 % au chiffre d'affaires hors taxe réalisé au cours de l'année civile 2006 et 1,5 % sur la différence entre le chiffre d'affaires hors taxe réalisé en 2005 et celui réalisé en 2006.

Cet article ne nécessitait pas de mesure réglementaire d'application. Le rendement de cette contribution exceptionnelle a été de 50 M€.

Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour 2007

Section 1. Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement

Article 10 : Dispositions relatives à l'assiette des cotisations des travailleurs indépendants.

Pour tenir compte de la baisse des taux du barème de l'impôt sur le revenu due à la suppression de l'abattement de 20 % applicable à une partie importante de son assiette, la loi de finances pour 2006 a procédé à des mesures correctives

ces de rehaussement de l'assiette pour certains types de revenus. L'assiette fiscale servant également au calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants, des adaptations étaient nécessaires pour assurer la neutralité globale de ces mesures correctrices : ces adaptations ont été apportées par cet article, qui ne nécessitait pas de texte réglementaire d'application.

Article 11 : Assujettissement à la CSG des revenus d'origine indéterminée

Cet article assujetti à la CSG certaines catégories de revenus d'origine indéterminée soumis à l'impôt sur le revenu sur les fondements suivants : taxation selon les éléments du train de vie, taxation des sommes transférées vers l'étranger ou en provenance de l'étranger par l'intermédiaire de comptes non déclarés, taxation des sommes transférées vers l'étranger ou en provenance de l'étranger en l'absence de déclaration en douane, taxation d'office des crédits bancaires.

Cette mesure ne nécessitait pas de textes réglementaires d'application.

Article 12 : Extension de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise (ACCRE)

Afin de faciliter la création d'entreprise, cet article a étendu :

- aux chômeurs indemnisés le bénéfice de la prolongation de l'ACCRE de deux années supplémentaires au-delà de la première année (mesure introduite par la loi du 18 janvier 2005 pour les chômeurs non indemnisés) ;
- le bénéfice de l'ACCRE à de nouveaux publics : créateurs implantés en zones urbaines sensibles (ZUS), bénéficiaires du complément de libre choix d'activité.

Ces dispositions ne nécessitaient pas de textes réglementaires d'application.

Article 14 : Élargissement du champ de l'agrément des structures prestataires ou mandataires de services à la personne et bénéficiaires, à ce titre, d'exonérations sociales

Dans la continuité de la politique de développement des services à la personne, notamment en faveur des personnes âgées et dépendantes, cet article a sensiblement assoupli le régime de l'agrément prévu à l'article L. 129-1 du code du travail au profit d'organismes publics ou privés intervenant dans le champ de l'action sociale ou de la santé auprès de populations fragiles.

Le champ des organismes prestataires de services à la personne, ouvrant droit à l'exonération des cotisations patronales prévue au III bis de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, a été élargi en conséquence.

D'application immédiate, cette réforme ne nécessitait pas de textes réglementaires d'application. Elle a fait l'objet d'une circulaire ANSP/DGEFP/DGAS n° 1-2007 du 15 mai 2007 relative à l'agrément des organismes de services à la personne. Une circulaire DGAS/SD2/SD5D/2007/195 du 14 mai 2007 relative aux résidences services et aux nouvelles conditions de mise en œuvre du droit de l'agrément pour la fourniture de certains services à la personne l'a complétée sur la question spécifique des résidences services.

Article 15 : Validation de l'accord collectif du 13 juillet 2004 fixant la durée de travail hebdomadaire dans le secteur de l'hôtellerie - restauration

Cet article visait, dans l'attente d'un nouvel accord, à sécuriser certaines dispositions prévues par l'accord collectif relatif au secteur de l'hôtellerie - restauration du 13 juillet 2004, devenu sans effet à la suite de l'arrêt du Conseil d'État du 18 octobre 2006 (ces dispositions concernent en particulier la fixation de la durée de travail hebdomadaire équivalente à 39 ou 37 heures et le bénéfice d'une sixième semaine de congés).

Les partenaires sociaux ont consolidé la situation par la signature de l'avenant n° 2 du 5 février 2007 relatif à l'aménagement du temps de travail, étendu par arrêté du 26 mars 2007 (publié au journal officiel du 29 mars 2007).

Article 16 : Indemnités de départ volontaire versées dans le cadre d'un accord de GPEC

La loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005 a instauré, dans les entreprises de plus de 300 salariés, l'obligation de négocier des accords de gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences (GPEC), destinés à anticiper les ajustements quantitatifs et qualitatifs au sein des entreprises pour limiter le recours aux licenciements. Afin de faciliter la conclusion de tels accords, cet article a doté d'un traitement fiscal et social favorable les indemnités versées aux salariés dans ce cadre : ces indemnités sont exonérées d'impôt sur le revenu et de cotisations de sécurité sociale dans la limite de quatre fois le plafond de la sécurité sociale (128 736 € en 2007).

Cet avantage est strictement encadré : nécessité d'un accord collectif préalable définissant la notion d'emploi menacé, accès du salarié à un emploi stable (contrat à durée indéterminée, contrat à durée déterminée de six mois ou plus, contrat de travail temporaire de six mois ou plus, reprise ou création d'entreprise), validation de ce projet de reclassement par le comité de suivi de l'accord.

Les dispositions d'application de cet article ont été fixées par le décret n° 2007-603 du 25 avril 2007. Les précisions nécessaires à la mise en œuvre de la réforme ont été apportées par la circulaire DGEFP n° 2007/15 du 7 mai 2007 relative à l'anticipation des mutations économiques et au développement de la gestion des emplois et des compétences.

Article 17 : Affectation à la CNAM de l'excédent du panier de recettes fiscales destinées à compenser les allègements de cotisations de Sécurité sociale

Par dérogation aux dispositions des articles L. 131-7 et L. 139-2 du code de la sécurité sociale qui prévoient que toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale donne lieu à compensation par le budget de l'État, la loi de finances pour 2006 (article 56) a alloué aux régimes de sécurité sociale les recettes d'un panier fiscal pour financer les pertes de cotisations liées aux allègements généraux. Pour l'exercice 2006, l'article prévoyait une compensation à l'euro l'euro des pertes de cotisations constatées.

Le présent article précisait, dans un premier alinéa, les modalités de traitement, à partir de 2007, d'un surplus potentiel de recettes fiscales par rapport aux allègements généraux. Dans ce cas, l'excédent était affecté à la sécurité sociale. Pour 2007, la CNAMTS en bénéficierait.

Cet article prévoyait également qu'en cas d'écart négatif à compter de 2007 (second alinéa), une régularisation serait opérée dans la loi de finances la plus proche suivant la connaissance du montant définitif de la perte.

Or, l'article 166 de la loi de finances rectificative pour 2006 a modifié les dispositions de l'article 17 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 : il a restreint l'attribution de l'excédent potentiel de recettes à la CNAMTS pour la seule année 2007 et a supprimé l'alinéa prévoyant des régularisations en cas d'écart négatif.

Dans les faits, le panier de recettes fiscales se révèle inférieur de 0,9 M€ aux dépenses. Une affectation d'un surplus de recettes fiscales de ce montant interviendra dans le cadre du projet de loi de finances rectificative de la fin d'année.

Article 18 : Affectation au FRR des avoirs non réclamés issus de contrats d'assurance vie

Cet article prévoit que les sommes dues au titre de contrats d'assurance sur la vie comportant des valeurs de rachat ou de transfert n'ayant fait l'objet d'aucune demande de prestation auprès de l'organisme d'assurance trente ans après le décès du contractant sont affectés au Fonds de réserve pour les retraites.

Cette disposition ne nécessitait pas de textes réglementaires d'application. Le circuit comptable d'encaissement des sommes dues au titre des contrats d'assurance sur la vie en déshérence est en cours de finalisation au sein de la Direction générale de la comptabilité publique. Une instruction à l'attention des comptables publics doit être élaborée sur ce point pour permettre le versement des dites sommes par les entreprises d'assurance aux comptables compétents dès le début de l'année 2008 et permettre leur rattachement à l'exercice 2007.

Article 19 : Aménagements des modalités de gestion financière du FRR

Cet article précise que la gestion financière du Fonds de réserve pour les retraites (FRR) est assurée par des prestataires de services d'investissement. Il ajoute dans le même temps une deuxième possibilité de dérogation à ce principe : le FRR peut gérer directement ses actifs non seulement temporairement et à titre exceptionnel pour préserver la sécurité de ses actifs, mais aussi quand il décide d'investir dans des parts ou actions d'organismes de placement collectif ou d'organismes de droit étranger ayant un objet équivalent, quelle que soit leur forme.

La mise en œuvre de cet article nécessitait d'une part un arrêté, qui a été pris le 26 juillet 2007 et publié au Journal Officiel du 10 août 2007 ; et d'autre part un décret en Conseil d'État qui est actuellement en cours d'élaboration.

Article 20 : Modalités de versement de l'acompte versé par les établissements financiers au titre des contributions sociales dues sur les produits de placement

Cet article a modifié les règles de détermination des acomptes (ou versements provisionnels) des prélèvements sociaux (soit la CSG et le prélèvement de 2%, mais pas la CRDS) sur les produits de placement versés par les établissements financiers et les sociétés d'assurance établis en France.

Auparavant limitée à certains produits de placement visés au II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, l'assiette des acomptes a été élargie à l'ensemble des revenus, produits et gains visés à l'article L. 136-7 (à l'exception des plus-values immobilières) dont le fait générateur d'imposition aux prélèvements sociaux intervient en décembre et janvier.

Le paiement des acomptes, calculés sur 100 % (et non plus 90 %) des produits, intervient au plus tard le 25 septembre pour 80 % de leur montant (et non plus 7/9^e) et le 25 novembre pour 20 % de leur montant (et non plus 2/9^e). La régularisation intervient en janvier et février de l'année suivante. Les établissements payeurs peuvent moduler à la baisse le montant de ces acomptes sous réserve de l'application d'une majoration de 5 % si cette réduction a été pratiquée à tort.

Les établissements financiers avaient été informés en temps utile de cette disposition. L'instruction fiscale (BOI 5I-3-07) est parue le 25 septembre 2007.

Article 21 : Aménagement de la répartition de la CSG Maladie

Le I du présente article modifie l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale relatif à la répartition de la CSG maladie entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie. Cette disposition permet, conformément au souhait du législateur, d'attribuer à la CNAMTS le surplus de recettes induit par l'élargissement de l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité intervenu dans le cadre de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (article 72).

Cette disposition a été mise en œuvre pour la première fois à l'occasion de l'attribution des montants de CSG maladie au titre de l'exercice 2006 et versés en 2007. Ces montants ont été fixés par l'arrêté du 9 janvier 2007.

Le II de l'article ouvre en outre la possibilité aux régimes, dont l'assiette des cotisations d'assurance maladie est plus dynamique que les montants de CSG qui leur sont attribués sur une période de 3 ans de saisir la commission de répartition pour obtenir une majoration des montants alloués.

Cette mesure est applicable à partir des attributions relatives à l'exercice 2008. Un décret en Conseil d'État, en cours d'élaboration, doit préciser les modalités d'application de cette disposition.

Article 22 : Taux de la taxe sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique

La contribution prévue à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes des laboratoires pharmaceutiques au cours d'une année civile ; cette taxe a été instituée de manière exceptionnelle par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et pérennisée par la loi relative à l'assurance maladie qui fixe le taux à 0,6 % (article L. 245-6 du code de la sécurité sociale). Toutefois, au vu de l'augmentation régulière de la consommation de médicaments cet article a fixé le taux à 1 % sur le chiffre d'affaires réalisé en 2007. Le rendement attendu en 2008 par cette augmentation est de 207 M€.

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

Article 24 : Affectation du produit net comptable des cessions des terrains et bâtiments des établissements de santé à la CNAMTS

Pour l'application de cette mesure, un décret, en cours d'élaboration, est nécessaire. Il vise, tout en préservant l'intérêt général, à imposer aux établissements publics de santé qui cèdent des actifs qu'ils le fassent après publicité et mise en concurrence afin d'obtenir les conditions de vente les plus favorables. Ce sujet fait actuellement l'objet d'un audit de l'IGAS et de l'IGF.

Article 25 : Recours des caisses contre les tiers responsables de dommages occasionnés à un assuré social

Cet article a modifié les modalités d'exercice des recours des caisses de sécurité sociale contre les tiers responsables de dommages occasionnés à un assuré social.

La modification législative introduite instaure :

- un exercice des recours des organismes de sécurité sociale poste de préjudice par poste de préjudice à l'exclusion des postes de préjudice à caractère personnel ;
- un droit de préférence de la victime qui prime l'organisme de sécurité sociale par application des dispositions de l'article 1252 du code civil, lorsque les prestations qu'il verse n'indemnise que partiellement la victime (ex. forfait hospitalier restant à la charge de l'assuré).

Le Conseil d'État, saisi d'une demande d'avis par le TA de Grenoble et la CAA de Versailles, a considéré (dans son avis du 4 juin 2007) les conditions d'application de cet article en définissant les postes de préjudice. Il a par ailleurs précisé les modalités de calcul des indemnisations selon la réglementation nouvelle.

La Cour de cassation a été saisie quant à elle d'une demande d'avis par la Cour d'appel de Caen sur l'application de la loi aux accidents du travail et maladies professionnelles. L'avis devrait être rendu en novembre 2007.

Un décret reprenant les postes de préjudice définis par voie prétorienne et établissant leur concordance avec les prestations versées par les organismes de sécurité sociale apparaît nécessaire pour éviter notamment une application différente de la loi selon les juges et en conséquence des indemnisations différentes des victimes, est en cours d'élaboration.

Article 26 : Aide au paiement des cotisations et contributions de sécurité sociale des personnes non salariées non agricoles et des employeurs de main-d'œuvre agricole éprouvant des difficultés de paiement

Pour pallier la disparition des crédits du BAPSA permettant de financer des prises en charge partielles de cotisations des agriculteurs en difficulté, cet article a ouvert aux organismes de la mutualité sociale agricole (MSA), ainsi qu'aux autres organismes assureurs maladie et accidents du travail des exploitants agricoles, la possibilité de recourir à une enveloppe prélevée sur les crédits d'action sociale de la MSA pour financer ces prises en charges partielles de cotisations.

Le décret n° 2007-866 du 14 mai 2007 a précisé les cotisations et contributions éligibles, la nature des aides au paiement de ces cotisations (prises en charge ou échéanciers), les modalités de fixation de l'enveloppe annuelle maximum affectée à chaque organisme assureur (MSA et APRIA RSA).

Dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion pour 2006-2010, la MSA s'est engagée à réserver une enveloppe totale de 15 M€ par an pour financer des prises en charge aussi bien des cotisations personnelles que de la part patronale des cotisations sur salaires.

Une première répartition de l'enveloppe annuelle entre les départements a fait l'objet d'un arrêté ministériel en date du 22 mai 2007, pris sur proposition du conseil central de la MSA.

Les modalités de mise en œuvre des prises en charge de cotisations impayées, ainsi que celles des échéanciers de paiement que les caisses de mutualité sociale agricole et les autres organismes assureurs peuvent accorder à leurs assurés qui s'avèrent dans l'incapacité d'acquitter les cotisations et contributions sociales appelées, ont été précisées par la circulaire DGFAR/SDPS/C 2007-5039 du 2 juillet 2007.

Article 27 : Adaptation du code rural à plusieurs dispositions sociales

En ses I à IV, cet article a adapté le régime de protection sociale des salariés agricoles, notamment en alignant ou en introduisant certaines dispositions applicables au régime général. Ces adaptations ont pour objet :

- de préciser, pour le secteur agricole, les nouvelles modalités d'exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires ;
- d'appliquer au régime agricole, les nouvelles conditions d'exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale des sommes versées au titre des contrats collectifs obligatoires de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire ;
- d'inclure dans l'assiette des cotisations sociales agricoles, la compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail ;
- d'introduire, pour le secteur agricole, les modalités d'exclusion de l'assiette sociale des actions gratuites attribuées aux salariés et aux mandataires sociaux ;
- d'introduire également les modalités d'assujettissement à cotisation des sommes réintégrées suite à un constat d'infraction pour travail dissimulé.

Par ailleurs, la loi d'orientation agricole du 5 janvier 2006 ayant ouvert aux groupements d'employeurs le dispositif de taux réduits de cotisations patronales pour l'emploi de travailleurs occasionnels aux entreprises de travaux agricoles (hors travaux de création, restauration et d'entretien des parcs et jardins), cet article, en son V, a étendu l'application de ce dispositif aux mises à disposition auprès des entreprises de travaux agricoles ou forestiers lorsqu'elles font partie de ces groupements d'employeurs. En outre, la condition de chiffre d'affaires requise pour ces groupements d'employeurs multisectoriels a été assouplie. Désormais, le chiffre d'affaires annuel du groupement doit être réalisé majoritairement avec des adhérents dont les salariés sont affiliés au régime agricole, quelle que soit leur activité agricole.

Le décret n° 2007-1122 du 19 juillet 2007 a apporté les précisions nécessaires à cette législation applicable au titre des salariés embauchés entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2007, et ce, pendant deux ans à compter de l'embauche.

Articles 28 et 29 : Modification de la définition des revenus professionnels pris en compte pour le calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale des non-salariés agricoles

Ces articles concernent l'assiette des cotisations et contributions dues par un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole qui exerce plusieurs activités agricoles et qui vient à cesser l'une d'entre elles.

Ces deux articles ont modifié le code rural (articles L. 731-15, L. 731-19 et L. 731-23) et le code de la sécurité sociale (article L. 136-4) afin de préciser que les cotisations et contributions (CSG et CRDS) sont dues sur l'ensemble des revenus qui ont été perçus au cours de la période de référence (assiette triennale ou assiette annuelle), et qu'il en va ainsi même dans le cas où l'assuré a cessé par la suite l'une des activités en cause.

Ces dispositions ne nécessitaient pas de texte réglementaire d'application.

Article 30 : Contrôles pour le compte des régimes de retraite complémentaire obligatoires et du régime d'assurance chômage

Cet article a donné compétence aux URSSAF pour «vérifier l'assiette, le taux et le calcul, d'une part, des cotisations destinées au financement des régimes de retraites complémentaires (...) et d'autre part, des contributions d'assurance chômage ». L'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale qui fixe la compétence des agents de contrôle des organismes de recouvrement a été complété pour élargir leur champ d'intervention.

Les URSSAF ont pleine compétence pour les opérations de vérification dans le respect de la procédure contradictoire prévue par le régime général (article R. 243-59 du code de la sécurité sociale), les résultats de ces vérifications étant transmis aux institutions gestionnaires aux fins de recouvrement.

Il est par ailleurs prévu dans la loi que les modalités de cette transmission et la rémunération du service ainsi rendu soient fixées par des conventions conclues entre l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et les organismes nationaux qui fédèrent les institutions de retraite complémentaire des salariés (AGIRC-ARRCO) et l'organisme national qui fédère les institutions gestionnaires du risque chômage (UNEDIC).

La concertation avec l'UNEDIC a démarré de manière active à la fin du 1^{er} trimestre 2007 pour mettre en œuvre la mesure législative. Les travaux de rédaction de la convention entre l'ACOSS et l'UNEDIC sont entrés dans leur phase finale. Il est envisagé que des premiers contrôles interviennent au cours du premier trimestre 2008.

En revanche, avec le GIE AGIRC-ARRCO, les premiers contacts n'ont pas encore permis d'ouvrir la négociation d'une convention.

Article 31 : Non-compensation de mesures d'exonération ou d'exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale

L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale prévoit que toute mesure nouvelle d'exonération ou de modification d'une exonération existante donne lieu à compensation intégrale par le budget de l'État. L'article LO. 111-3 du même code dispose en outre que seules les lois de financement de la sécurité sociale peuvent déroger à cette règle.

En application de ces dispositions, cet article a prévu la non-compensation de trois mesures dont la portée est strictement délimitée :

- l'assujettissement des stagiaires en entreprise : la réforme votée dans le cadre de la loi du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances devant être, pour la sécurité sociale, financièrement équivalente à l'ancien dispositif ;
- les allocations versées dans le cadre d'un contrat de transition professionnelle : il s'agit d'un dispositif expérimental introduit par ordonnance du 13 avril 2006 et limité à sept bassins d'emplois ;
- la modification des règles de la prolongation de l'ACCRE (aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise) : il s'agit de l'harmonisation de règles existantes, ne modifiant pas l'architecture antérieure du dispositif.

Ces dispositions ne nécessitaient pas de texte réglementaire d'application.

Section 3. Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 38 : Gestion de la trésorerie du régime général

Cet article a modifié le code monétaire et financier afin que l'Acoss puisse émettre des titres de créances négociables (L. 213-3). Une première émission de billets de trésorerie a ainsi été opérée en fin d'année 2006 à hauteur de 5 Md€. Au cours du 1^{er} trimestre de 2007, l'Acoss a poursuivi l'utilisation de ce mode de financement : l'encours moyen de billets de trésorerie émis a été de 2 Md€. Ce mode de financement présente l'avantage de réduire les coûts de financement puisque la marge payée au-dessus de l'Eonia est de 1 point de base contre Eonia + 15 points de base pour les avances mobilisées à 24 heures.

Le décret n° 2006-1655 du 22 décembre 2006 autorisant l'Acoss à émettre des billets de trésorerie est paru le 23 décembre 2006. Un arrêté paru ce même jour a modifié l'arrêté du 31 décembre 1998 qui précise les conditions que doivent remplir les émetteurs de créances négociables.

Article 39 : Seuil de publicité obligatoire du privilège des organismes de recouvrement de sécurité sociale

Cet article prévoit qu'un décret fixe les montants au-delà desquels doivent être inscrites à un registre public tenu au greffe du tribunal de commerce ou du tribunal de grande instance les créances privilégiées dues par un commerçant, un artisan ou une personne morale de droit privé même non commerçante.

Le décret n°2007-459 relatif à la fixation de seuils d'inscription obligatoire du privilège de sécurité sociale a été pris le 25 mars 2007 et publié au journal officiel du 28 mars 2007. Le montant du seuil applicable est fixé en pourcentage du plafond annuel de la sécurité sociale et arrondi à l'euro inférieur. Il s'établit à 20 % pour les créances dues, à titre personnel, par les travailleurs indépendants, 33 % pour les créances dues par les employeurs occupant moins de cinquante salariés, 50 % pour les autres créances.

Article 40 : Dématérialisation des déclarations et des paiements des cotisations et contributions sociales

Cet article a introduit de nouvelles obligations de déclaration et de paiement dématérialisés, d'une part des cotisations et contributions sociales aux Urssaf et, d'autre part, de la contribution sociale des sociétés (C3S) à la caisse nationale du Régime social des indépendants (RSI).

1° Il rend obligatoire le paiement par virement pour les entreprises s'acquittant annuellement de plus de 7 M€ de cotisations, contributions et taxes, cette nouvelle obligation étant applicable au paiement de cotisations et contributions sociales dues au titre des rémunérations versées à compter du 1^{er} janvier 2007.

Par ailleurs, il crée, à partir d'un certain seuil, l'obligation d'effectuer les déclarations sociales par voie électronique. Cette obligation de déclaration dématérialisée s'applique, pour les entreprises redevables annuellement de sommes supérieures à 800 000 € aux déclarations de cotisations et contributions afférentes aux rémunérations à compter du 1^{er} juillet 2007. Le seuil est progressivement abaissé à 400 000 € à compter du 1^{er} janvier 2008 et à 150 000 € à compter du 1^{er} janvier 2009.

2° Il met en place, à compter du 1^{er} janvier 2007, une obligation de télédéclaration et de téléversement de la C3S pour les entreprises dont le chiffre d'affaires annuel est supérieur ou égal à 5 M€. Ce seuil est ensuite abaissé à 1 500 000 € à compter du 1^{er} janvier 2008 puis à 760 000 € à compter du 1^{er} janvier 2009, toutes les entreprises assujetties à la contribution seront alors soumises à cette obligation.

Au 15 juin 2007, le produit total net (C3S additionnelle incluse) s'élève à 4,7 Md€. Il correspond à plus de 282 000 déclarations et encaissements dont 176 000 chèques, 15 000 classiques et 91 000 téléversements. Ces derniers ont représenté 3,5Md€ soit 74 % du montant total recouvré.

À titre de comparaison, en 2006, on relevait 245 000 déclarations et encaissements dont 211 900 par chèques, près de 14 000 par virements et 19 400 par téléversements. Ces derniers pour un montant recouvré de 1,1 Md€.

Article 41 : Suppression des Corec

La validation et la certification des comptes des organismes de sécurité sociale et la mise en place du réseau d'alerte de la Cour des comptes ont conduit à la suppression des Comités régionaux d'examen des comptes (Corec) à compter du 1^{er} janvier 2008.

Les modifications réglementaires consécutives à la mesure législative, préparées par la Cour des comptes, devraient être publiées d'ici la fin de l'année.

Article 42 : Trésorerie et réserves de la caisse de Mayotte

Cet article complète l'article 26 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte et précise les modalités de la gestion de la trésorerie de la caisse de sécurité sociale.

À compter de 2007, les réserves de la caisse constatées au titre des excédents des exercices antérieurs pour les différents risques sont affectées pour une part au financement du régime d'assurance maladie – maternité et pour une autre part au financement du programme immobilier de la caisse. Cette disposition doit faire l'objet d'un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Les travaux préparatoires sont en cours avec la caisse de sécurité sociale de Mayotte et les caisses nationales du régime général concernées.

Dispositions relatives aux dépenses pour 2007

Section 1 - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 44 : Prolongation de l'expérimentation par les groupements de coopération sanitaire de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé

Cet article autorise la prolongation de deux ans de la durée au cours de laquelle les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation peuvent autoriser certains groupements de coopération sanitaires à conduire des expérimentations mentionnées à l'article L. 6133-5 du code de la santé publique. Cette période supplémentaire permettra le lancement de quelques projets qui, dans le cadre de l'arrêté ministériel du 16 avril 2007, concernent des groupements constitués entre des établissements publics de santé et des établissements privés participant au service public hospitalier. Il est à ce stade prématuré de dresser un bilan de ces expérimentations.

Article 46 : Définition par voie réglementaire des règles applicables en matière d'heures de sorties pour les assurés en arrêt de travail

L'assurance maladie verse des indemnités journalières aux assurés qui se trouvent dans l'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou de reprendre leur travail, sous réserve que ceux-ci respectent un certain nombre d'obligations fixées à l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale, relatives notamment aux heures de sorties autorisées en cas d'arrêt de travail.

Cet article a supprimé la règle des trois heures consécutives par jour, jugée trop contraignante pour les patients dont les sorties font partie intégrante du traitement, et renvoyé à un décret en Conseil d'État la définition des règles en la matière.

Le décret n°2007-1348 du 12 septembre 2007 publié au journal officiel du 14 septembre prévoit que le praticien peut :

- soit ne pas autoriser les sorties ;
- soit les autoriser. Dans ce cas, l'assuré doit rester présent à son domicile de 9h à 11h, et de 14h à 16h, sauf en cas de soins ou d'examens médicaux. Toutefois, le praticien peut, par dérogation à cette disposition, autoriser les sorties libres. Dans ce cas, il porte sur l'arrêt de travail les éléments d'ordre médical le justifiant.

Article 48 : Transport de personnes décédées en vue de prélèvements à des fins thérapeutiques

Cette mesure vise à assimiler le transport de personnes décédées, en vue de prélèvements à des fins thérapeutiques, à un transport sanitaire depuis le lieu de prise en charge de la personne décédée jusqu'à l'établissement de santé autorisé à pratiquer ces prélèvements. Elle a donné lieu à une modification de l'article L. 6312-1 du code de la santé publique et de l'article L. 2223-43 du code général des collectivités territoriales.

Cette mesure nécessite la prise de décrets en Conseil d'État qui modifieront le code de la santé publique et le code général des collectivités territoriales. Ces projets de texte sont en cours d'élaboration par les ministères concernés.

Article 49 : Affiliation des travailleurs frontaliers occupés en Suisse

L'accord du 21 juin 1999 entre l'Union européenne et la Suisse offre aux travailleurs frontaliers une option pour la couverture maladie (prestations en nature) entre le régime fédéral suisse et une couverture en France. L'article L. 380-3-1 stipule que cette couverture est celle du régime général (CMU de base avec cotisation spécifique), sauf exemption transitoire au profit d'une assurance maladie privée équivalente. Cet article a porté de 7 à 12 ans après l'entrée en vigueur de l'accord, soit jusqu'au 31 mai 2014, cette période transitoire. Cette mesure ne nécessitait pas de textes d'application.

Article 50 : Relèvement du plafond pour l'aide à acquisition d'une assurance complémentaire santé

Le présent article relève le plafond de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) à compter du 1^{er} janvier 2007 au niveau du plafond de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire majoré de 20 % au lieu de 15 % avant cette date. Elle prévoit également que les plafonds de ressources annuels de la CMU complémentaire et de l'ACS sont arrondis à l'euro le plus proche.

Cette mesure est d'application directe. En conséquence, le montant du plafond de l'ACS au 1^{er} janvier 2007 a été relevé automatiquement à 8 614,55 € alors qu'il s'élevait à 8 255,61 € du 1^{er} juillet au 31 décembre 2006.

Article 51 : Pouvoir de prescription des infirmiers (liste des dispositifs qui peuvent être prescrits)

Cette mesure autorise les infirmiers à prescrire, sauf en cas d'indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. L'arrêté fixe également la liste des dispositifs médicaux dont la prescription par l'infirmier doit s'accompagner d'une information au médecin traitant désigné par le patient.

La liste des dispositifs médicaux concernés a été fixée par arrêté du 13 avril 2007 publié au journal officiel du 14 avril 2007.

Article 53 : Droit de prescription des chirurgiens-dentistes

Cette mesure constitue une clarification du pouvoir de prescription des chirurgiens-dentistes. En tant que profession médicale à part entière, la cohérence veut que les chirurgiens-dentistes puissent prescrire ce qui relève de leur domaine de compétence, c'est-à-dire tout ce qui est nécessaire à la pratique de l'art dentaire au sens de l'article L. 4141-1 du code de la santé publique.

Le pouvoir de prescription des chirurgiens-dentistes s'étend donc désormais à tous les actes, produits et prestations nécessaires à la pratique de l'art dentaire (et non plus aux seuls médicaments). Cette mesure ne nécessitait pas de texte réglementaire d'application.

Article 54 : Droit de prescription des orthoptistes et opticiens - lunetiers

À la suite d'une expérimentation permise par l'article 131 de la loi de santé publique du 9 août 2004 qui visait à explorer les potentialités de coopération entre professionnels de santé, cet article a modifié l'article L.4342-1 et introduit les articles L.4362-10 et L.4362-11 au code de la santé publique afin de lever les obstacles juridiques à une délégation de tâches des ophtalmologues vers les orthoptistes et les opticiens. Cette mesure vise à dégager du temps médical en facilitant une meilleure organisation des cabinets d'ophtalmologie et en déléguant une partie des tâches assurée aujourd'hui par les médecins vers les opticiens et les orthoptistes. Outre une amélioration de l'accès aux soins en ophtalmologie, ce dispositif permettra aux ophtalmologistes de mieux prendre en charge les priorités de santé publique dans le domaine oculaire pour les soins à forte valeur ajoutée médicale.

S'agissant des opticiens, le décret n° 2007-553 du 13 avril 2007 prévoit les conditions d'adaptation de la prescription médicale initiale de verres correcteurs dans le cadre d'un renouvellement et adapte les règles d'exercice de la profession d'opticien lunetier. Quant au décret n° 2007-551 du même jour, modifiant l'article R.165-1 du code de la sécurité sociale, il permet la prise en charge par l'assurance maladie des lunettes adaptées par les opticiens-lunetiers.

S'agissant des orthoptistes, le projet de décret prévoyant l'adaptation du champ de compétences des orthoptistes est en cours de finalisation, l'Académie nationale de médecine ayant émis fin avril un avis favorable au contenu du texte et préconisant de permettre également aux orthoptistes de réaliser la tonométrie sans contact.

La formation initiale et continue des opticiens et des orthoptistes doit être adaptée à ces nouvelles fonctions par le ministère de l'éducation nationale.

Article 55 : Dispositif d'autorisation des laboratoires d'analyse de biologie médicale établis dans un autre État membre permettant la prise en charge par l'assurance maladie des analyses effectuées en leur sein

Cet article met en place un double dispositif pour tenir compte de l'avis de la commission européenne sur le dispositif unique d'autorisation pour les laboratoires d'analyses de biologie médicale établis dans un autre État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen au regard de la libre prestation de services.

Ainsi, il est prévu un dispositif de déclaration pour les laboratoires dont les conditions d'autorisation ou d'agrément ont été reconnues équivalentes aux conditions nationales et, le cas échéant, un dispositif d'autorisation.

La création de ce double dispositif nécessitait de modifier l'actuel article R. 332-6 du code de la sécurité sociale.

Le décret en Conseil d'État qui procède à cette modification est en cours de publication.

Article 56 : Encadrement du prix des médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation - conditions dérogatoires de prise en charge de certains médicaments, produits ou prestations prescrits en dehors du panier de biens et services remboursables pour le traitement des affections de longue durée ou des maladies rares

I. Encadrement du prix des médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation

Cet article confie au comité économique des produits de santé (CEPS) une mission de veille spécifique en matière de tarifs des médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

Désormais, le laboratoire doit déclarer au comité économique des produits de santé (CEPS) le montant de l'indemnité maximale réclamée aux établissements de santé pour le produit. En outre, afin de limiter le niveau des prix pendant la période où le médicament bénéficie de l'ATU, il est prévu que le CEPS, dès lors que le prix réclamé dans le cadre de l'ATU excède le prix fixé ultérieurement lors de l'inscription au remboursement au titre de l'AMM, récupère sous forme de remise tout ou partie de la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et celui qui aurait résulté de l'application du prix fixé par le comité. Une concertation avec les laboratoires est prévue afin de mettre en œuvre dans de bonnes conditions cette mesure qui ne nécessitait pas de texte d'application.

VI. Conditions dérogatoires de prise en charge pour certains produits ou prestations

Cet article organise un dispositif dérogatoire de prise en charge par la sécurité sociale, lorsqu'il n'existe pas d'alternative appropriée, de toute spécialité, tout produit ou toute prestation prescrits en dehors du périmètre des biens et services

remboursables, pour le traitement de maladies rares et d'affections de longue durée, dès lors que les produits de santé concernés sont indispensables à l'amélioration de l'état de santé ou pour éviter sa dégradation et sous réserve qu'ils figurent dans un avis ou une recommandation de la Haute autorité de santé, après consultation de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Leur prise en charge est décidée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Un décret en Conseil d'État d'application de cette disposition est en préparation, en lien avec les différents acteurs concernés. Sa publication interviendra avant la fin de l'année 2007. Ce projet de texte définit notamment les notions d'avis et de recommandation de la Haute autorité de santé, précise les procédures en terme de délais et de contenu des avis sollicités, et fixe la durée la prise en charge et les conditions de son renouvellement. Il détermine enfin le mode de calcul, la procédure contradictoire et les conditions de recouvrement et d'affectation de la pénalité financière supportée par le laboratoire que peut fixer le comité économique des produits de santé en cas de non respect des conditions dont peut être assortie la prise en charge (par exemple le dépôt d'une autorisation de mise sur le marché ou la mise en place d'un suivi particulier des patients).

Article 58 : Conditions d'autorisation de mise sur le marché et de fixation du prix de certains médicaments autorisés dans un autre État membre de l'Union européenne et non en France

Le I de cet article procède à la transposition dans le code de la santé publique de l'article 126 bis de la directive 2001/83/CE modifiée.

Il prévoit la possibilité pour le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), lorsqu'un médicament est autorisé dans un autre État membre ou partie à l'Espace économique européen (EEE), mais qu'il ne fait l'objet en France ni d'une autorisation de mise sur le marché, ni d'une demande en cours d'instruction en vue d'une telle autorisation, d'autoriser pour des raisons de santé publique justifiées, la mise sur le marché de ce médicament.

Cette mesure vise à alléger la charge de travail des services de l'AFSSAPS qui, chaque année, octroie de l'ordre de 8 000 autorisations temporaires d'utilisation nominatives pour des médicaments importés qui, le plus souvent, font l'objet d'une AMM dans un pays de l'Union européenne ou partie à l'EEE. Les laboratoires titulaires de l'autorisation des médicaments concernés dans le pays tiers pourraient solliciter une AMM en France suivant la procédure de reconnaissance mutuelle mais ne le font pas. L'AFSSAPS supplée dès lors l'absence d'AMM en France pour le médicament, en accordant à la demande des praticiens hospitaliers des autorisations temporaires d'utilisation nominatives pour un nombre souvent conséquent de patients. Un décret en Conseil d'État doit prévoir les conditions de délivrance et de renouvellement de cette nouvelle autorisation.

Le II et le III de l'article aménagent certains articles du code de la santé publique et du code de la sécurité sociale, pour prévoir respectivement l'agrément à l'usage des collectivités de ces médicaments et permettre ainsi leur achat, leur utilisation et leur prise en charge par les établissements de santé et pour permettre de leur fixer un prix de cession dès lors qu'ils sont inscrits sur la liste de rétrocession prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique. Ces dispositions ne nécessitent pas l'adoption de mesures réglementaires.

Le IV complète l'article L. 5124-13 du code de la santé publique afin de tirer les conséquences de l'arrêt de la Cour de justice des communautés européennes du 26 mai 2005 dans l'affaire C-212/03, relatif aux importations personnelles de médicaments, en donnant d'une part une base légale aux dispositions réglementaires qui prévoyaient que le particulier qui transporte sur lui ses médicaments n'a pas besoin d'une autorisation de l'AFSSAPS et permet, d'autre part, de supprimer le régime de l'autorisation d'importation préalable pour les médicaments autorisés dans un autre État membre et importés par un particulier par une autre voie que le transport personnel. Un décret en Conseil d'État doit procéder à un toilettage des dispositions réglementaires actuelles.

Les projets de décrets prévu aux I et IV sont actuellement en cours d'élaboration.

Article 59 : Réglementation de la rétrocession hospitalière

Cet article de clarification a pour objet l'harmonisation rédactionnelle de deux articles du code de la sécurité sociale précisant les modalités de fixation des prix respectivement pour les médicaments rétrocédés (L. 161-16-5) et pour les médicaments inscrits sur la liste en sus des prestations d'hospitalisation (L. 161-16-6). Cet ajustement renforce ainsi la validité juridique de l'accord-cadre conclu entre le comité économique des produits de santé et la profession.

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

Article 60 : Modification des compétences de la Haute autorité de la santé

Cet article étend les compétences de la Haute autorité de santé puisqu'elle peut désormais être sollicitée pour « rendre un avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs ». Cette disposition générale et explicite, ne nécessitait pas pour sa mise en œuvre la publication d'un texte d'application.

Article 61 : Généralisation des études pharmaco-épidémiologiques

Cet article a pour objet d'insérer les conditions et les modalités de mise en œuvre des études pharmaco-épidémiologiques dans le cadre des conventions que le Comité économique des produits de santé conclut avec des entreprises ou groupes d'entreprises.

Ces conditions et modalités de mise en œuvre sont relatives notamment à la qualité méthodologique de ces études en lien avec la Haute autorité de santé, à la fiabilité scientifique de leurs résultats et aux délais de leur réalisation.

Cet article ne nécessitait pas de disposition particulière d'application.

Article 62 : Participation des syndicats de pharmacies d'officine à l'accord-cadre interprofessionnel

Cet article étend le champ des accords-cadres conclus par l'UNCAM et l'Union nationale des professionnels de santé aux pharmaciens d'officine.

Ainsi, les rapports entre les pharmaciens d'officine et les organismes de sécurité sociale seront définis dans cet accord-cadre qui devra être signé par au moins une

organisation syndicale représentative. Cet accord, conclu pour une durée au plus égale à cinq ans, fixera les dispositions communes à l'ensemble de la profession entrant dans le champ de la convention nationale des pharmaciens, notamment leurs obligations respectives ainsi que les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés et une meilleure coordination des soins ou pour promouvoir des actions de santé publique. Pour 2007, les négociations n'ont pas été encore entreprises par la CNAMTS.

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

Article 63 : Prise en charge par l'assurance maladie de traitements susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné

Afin d'éviter que certains médicaments ne fassent l'objet d'un usage détourné, l'article L. 162-4-2 du code de la sécurité sociale prévoit que la prise en charge de ces médicaments par l'assurance maladie est soumise à l'obligation faite par le patient d'indiquer au prescripteur le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance et à l'obligation pour le prescripteur de mentionner ce nom sur la prescription.

La liste de ces médicaments est définie par un arrêté désignant également parmi eux, ceux dont la prise en charge par l'assurance maladie est également subordonnée à l'élaboration d'un protocole de soins soit pour l'ensemble des patients, soit seulement pour ceux pour lesquels les services du contrôle médical de l'assurance maladie constatent un usage détourné ou abusif.

Le projet d'arrêté a fait l'objet de plusieurs consultations, notamment de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, et est maintenant finalisé.

Article 64 : Autorisation pour un pharmacien de dispenser, sur présentation d'une ordonnance renouvelable dont la durée de validité est périmée, les médicaments nécessaires à la poursuite d'un traitement chronique

Afin d'éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient, cet article permet à un pharmacien, dans le cadre d'un traitement chronique, à titre exceptionnel et sous réserve d'en informer le médecin prescripteur, de dispenser sur présentation d'une ordonnance renouvelable dont la durée de validité est périmée, dans le cadre de la posologie initialement prévue et dans la limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance, les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement.

Les conditions d'application de cet article doivent être déterminées par décret en Conseil d'État. Le projet de décret en Conseil d'État a été transmis pour avis aux conseils de l'UNCAM et de la CNAMTS ainsi qu'à la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles. Il sera publié avant la fin de l'année 2007.

Cet article prévoit en outre qu'un arrêté du ministre chargé de la santé, pris sur proposition de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, détermine les catégories de médicaments exclues du champ d'application de ce dispositif. Ce projet d'arrêté a également été préparé sur la base d'une proposition de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Il sera publié en même temps que le décret en Conseil d'État.

Article 65 : Renforcement de l'encadrement de la publicité des dispositifs médicaux auprès du grand public

Cet article prévoit de mettre en place un contrôle a minima de la publicité pour les dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations pris en charge par l'assurance maladie. Sans mettre en place un dispositif tel que celui existant pour les médicaments, il interdit toutefois de mentionner le fait que le produit est remboursé pour les publicités grand public. Cela ne permet pas une information complète du patient mais évite que le caractère remboursable soit un appel à une demande de prescription. Les sanctions relèvent du code de la consommation.

L'article donne par ailleurs obligation aux audioprothésistes de fournir des devis en séparant le prix de vente de chaque appareil proposé et la prestation d'adaptation associée.

Les audioprothèses sont inscrites sur la liste des produits et prestations pris en charge par l'assurance maladie sous description générique avec quatre catégories. Le tarif couvre actuellement le produit ainsi que la prestation de l'audioprothésiste.

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

Article 66 : Responsabilité civile des médecins

Cet article prévoyait la signature d'un accord-cadre entre les ministres de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale, les syndicats représentatifs des médecins, les fédérations d'organismes assureurs et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour maîtriser les charges pesant sur les professionnels de santé concernés relatives à la souscription d'une assurance en responsabilité civile au titre de leur activité professionnelle.

Il prévoyait également que le Gouvernement pouvait jusqu'au 30 avril 2007 prendre une ordonnance afin de prendre toutes mesures pour définir les conditions de prises en charge des indemnisations les plus lourdes par des financements adaptés.

Au regard de la signature de cet accord-cadre, des diverses mesures prises en la matière (mise en place du dispositif d'aide par l'assurance maladie au paiement des primes des médecins, maintien de la couverture des professionnels de santé en responsabilité civile médicale pendant trois mois après la notification de l'échéance de leur contrat d'assurance et mise en place d'un dispositif devant faciliter la transparence sur les informations de nature comptables, prudentielles ou statistiques des risques de responsabilité civile des spécialités médicales à risque) et des conclusions du rapport de l'IGAS en mars 2007, qui note notamment des conditions de marché rénovées, le Gouvernement n'a pas jugé utile d'utiliser l'habilitation législative qui lui était ouverte par cet article. Toutefois, le Gouvernement reste très attentif à l'évolution de ce dossier sensible notamment dans l'attente des premières remontées d'informations devant lui permettre d'avoir une meilleure visibilité sur l'évolution souhaitable du dispositif.

Article 67 : Présentation d'un rapport sur la responsabilité civile médicale

Cet article précise que, dans les six mois suivant la promulgation de la loi, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport sur la responsabilité civile médicale qui présente un état des lieux des contentieux juridiques impliquant des

professionnels de santé dans le cadre de leur exercice, le montant des sommes engagées en réparation et le coût pour les finances publiques de la prise en charge par l'assurance maladie des primes d'assurance des professionnels de santé à ce titre.

Ce rapport est en cours d'élaboration (toutes les informations nécessaires ne sont pas encore disponibles). Il doit participer à l'amélioration de la visibilité souhaitable afin de faire évoluer le dispositif existant aujourd'hui.

Article 69 : Dispositions diverses relatives à l'application de la tarification à l'activité

I. Modification de la date d'entrée en vigueur des forfaits annuels au 1^{er} janvier :

La disposition est d'application immédiate.

II et XI. Report de la facturation directe aux caisses – calendrier et modalités de valorisation et versement des recettes des établissements anciennement financés par dotation globale

Le décret n° 2007-46 du 10 janvier 2007 et un arrêté du 30 mars 2007 déterminent les conditions de valorisation de l'activité des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale, ainsi que le calendrier et les modalités des versements par l'assurance maladie à ces établissements de leurs recettes T2A et des ressources versées sous forme de dotations ou forfaits annuels pour tenir compte, à la fois, de leurs besoins de trésorerie et des disponibilités de l'ACOSS.

III. Disparition progressive du coefficient de haute technicité

En 2007, cette mesure ne sera pas appliquée. En effet, compte tenu de la nécessité au préalable de mener des travaux techniques pour déterminer, en concertation avec les organisations représentatives d'établissements, les modalités de diminution progressive du coefficient de haute technicité des établissements anciennement financés sous OQN, il n'a pas été possible d'entamer dès 2007 sa disparition progressive. Ces travaux ainsi que l'identification des supports de financement vers lesquels seront transférées les sommes actuellement générées par l'application de ce coefficient sur les tarifs nationaux se sont poursuivis tout le long de l'année 2007. Les résultats sont attendus pour la mi-novembre. Une fois ces résultats obtenus, l'arrêté prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 fixant les modalités de disparition du coefficient de le gouvernement sera pris. Sa publication est prévue pour le 1^{er} mars 2008 au plus tard pour une application dans le cadre de la campagne tarifaire 2008.

IV à VII. Suppression de la procédure d'agrément des conventions FEHAP

Les mesures ne nécessitent aucun texte réglementaire d'application. Elles sont directement applicables au 1^{er} janvier 2008.

VIII à X et XII. Application de la T2A au service de santé des armées

Le décret est en cours d'élaboration. Le service de santé des armées gère 9 hôpitaux d'instruction des armées (HIA) qui ne disposent pas de la personnalité morale et dépendent de la direction centrale du service de santé des armées qui est un

service d'administration centrale du ministre de la défense. En conséquence comme ce service est soumis aux règles comptables de l'État, les dispositions réglementaires sont complexifiées. L'entrée de ce service dans la réforme du financement ne sera donc effective qu'en 2008.

XIII et XIV. Prévoir des sanctions en cas de non transmission des données PMSI ou en cas d'obstruction aux contrôles

Cette mesure a été suivie d'un décret d'application complétant les dispositions du décret du 16 mars 2007 relatif aux sanctions des établissements de santé exerçant une activité MCO en cas de surfacturation à l'assurance maladie.

Article 70 : Prise en charge des frais afférents aux prélèvements d'éléments humains

Cet article a pour objet la suppression du forfait journalier et l'exonération du ticket modérateur pour les donneurs vivants. Ces dispositions permettent d'assurer la neutralité financière du don pour le donneur vivant.

Cette mesure nécessite la prise d'un décret en Conseil d'État afin de fixer les conditions d'exonération du ticket modérateur en application de l'article L.322-3 du code de la sécurité sociale.

Ce projet de décret est en procédure de consultation et devrait être publié cet automne.

Article 71 : Dispositions conventionnelles relatives aux centres de santé

Cet article a inséré dans le code de la sécurité sociale deux dispositions concernant les centres de santé et permettant aux partenaires conventionnels de prendre des mesures tendant au maintien ou à l'amélioration de l'offre de soins dans les zones déficitaires. La première disposition étend aux centres de santé, la possibilité de prévoir par la voie conventionnelle des dispositifs d'aide à l'installation des centres de santé dans les zones reconnues déficitaires par les missions régionales de santé. La seconde disposition prévoit la possibilité d'instaurer des incitations pouvant conduire les centres de santé à intégrer dans leurs équipes des professionnels de santé exerçant des activités numériquement déficitaires dans leur zone.

Ces dispositions n'ont pas encore trouvé leur traduction dans l'accord national conclu entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs de la profession. Toutefois, cet accord arrive à échéance au début de l'année 2008 et les négociations en vue de la conclusion d'un nouvel accord débuteront très prochainement.

Article 72 : Exemption de l'application des mesures incitatives liées au parcours de soins au profit des centres de santé nouvellement agréés dans une zone déficitaire

Cette mesure nécessite la modification d'une disposition réglementaire. Cette disposition n'a pas été adoptée à ce jour, une réflexion d'ensemble étant actuellement en cours sur la politique relative aux centres de santé.

Article 73 : Création d'un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée et modification des compétences du conseil de l'hospitalisation

I. Création de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée

La création de l'observatoire, chargé du suivi des dépenses des dépenses hospitalières, a nécessité la publication d'un décret relatif à la composition et aux modalités de fonctionnement de l'observatoire (décret n° 2007-970 du 15 mai 2007). En outre, deux arrêtés ont également été nécessaires pour nommer son président ainsi que son vice-président (arrêtés du 29 juin 2007). Cet observatoire réunit des représentants de l'État, de l'assurance maladie et des fédérations représentatives d'établissements. La première réunion d'installation réunissant l'ensemble de ces membres est programmée pour le 10 septembre 2007.

II. Modification des compétences du conseil de l'hospitalisation

Cet alinéa modifie les missions du conseil de l'hospitalisation (CH) créé par l'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale pour prendre en compte la création de l'observatoire. Dès lors, un nouveau décret fixant les missions du CH a été pris (décret n° 2007-735 du 7 mai 2007). Pour essentiel, le conseil n'est désormais plus compétent dans la mise en œuvre de la régulation infra annuelle, seul l'avis de l'observatoire sur la décision du ministre suffit. Ce décret est complété par un arrêté fixant la composition et les modalités de fonctionnement du conseil de l'hospitalisation. Les dispositions de cet arrêté reprennent, en les simplifiant, celles de l'arrêté du 8 octobre 2004 qui a été abrogé.

III et IV. Modification des dispositions sur la régulation infra annuelle

Cet alinéa a été introduit pour pallier les difficultés rencontrées par le ministre pour mettre en œuvre en 2006 sa décision de régulation infra-annuelle des tarifs applicables aux établissements du secteur privé. Il tire également les conséquences de la création de l'observatoire qui doit désormais donner son avis sur toute décision de régulation infra-annuelle. Ainsi, il supprime la consultation des fédérations dans la mesure où ces dernières sont membres de l'observatoire et lève l'ambiguïté des dispositions antérieures en prévoyant explicitement que la baisse des tarifs ne peut être différenciée par catégorie d'établissements (en fonction des causes du dépassement) et par tarifs. Aucune régulation infra-annuelle n'a été décidée en 2007. Ces nouvelles dispositions n'ont donc pas encore fait l'objet d'une mesure d'application.

Article 74 : Validation législative de l'arrêté du 27 septembre 2006 modifiant les tarifs des établissements de santé privés à but lucratif

Cette mesure a eu pour effet de valider l'arrêté du 27 septembre 2006 de régulation tarifaire qui fait actuellement l'objet d'un recours contentieux devant les juridictions administratives. Elle ne nécessitait aucun texte réglementaire d'application.

Article 75 : Modification de la période de référence des données utilisées pour mise en œuvre de la régulation infra-annuelle des tarifs de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie des cliniques privées

Cette mesure est d'application directe ; elle ne nécessite aucun texte réglementaire d'application. Elle permet d'apprécier l'évolution des dépenses d'assurance maladie de l'année en cours sur les données les plus récentes donnant ainsi plus de souplesse au mécanisme de régulation infra-annuelle dans le champ de l'OQN, à l'image de la procédure mise en place dans le champ des établissements relevant de la tarification à l'activité (cf. article 73).

Article 77 : Expérimentation de nouveaux modes de tarification en psychiatrie, soins de suite et de réadaptation

Dans l'attente de la réalisation des outils (études de coût et classification des prestations) exactement adaptés à cette activité, et sur une déclinaison proche, il est envisagé pour la discipline SSR d'appliquer un modèle intermédiaire qui vise à moduler l'allocation de ressources des établissements en fonction de la nature et notamment du poids de la charge en soins, et du volume d'activité par le truchement d'un indicateur de valorisation de l'activité (IVA).

Ce modèle sera appliqué en 2009 et fera comme prévu par les textes l'objet d'un travail d'expérimentations/simulations avec les ARH au cours du second semestre 2007 et de l'année 2008.

Pour le secteur de la psychiatrie, la spécificité de cette discipline et en particulier l'impact de la sectorisation nécessite une adaptation du modèle existant et prévu en MCO ou SSR. Ce modèle est en cours de réflexion, mais un préalable consiste à disposer d'une information de qualité et exhaustive sur l'activité développée dans ces structures, qu'il s'agisse d'hospitalisations ou de soins externes. La priorité aujourd'hui est donc de réunir ces informations qui sont la base de tous travaux sur la construction des outils ultérieurs.

Article 78 : Récupération des indus par les organismes d'assurance maladie

Lorsque les organismes d'assurance maladie effectuent des contrôles pour vérifier le respect par les professionnels de santé et les établissements de santé des règles de tarification ou de facturation, ils peuvent être amenés à détecter des indus. Ces sommes indûment versées peuvent aussi concerner les assurés sociaux et leurs organismes d'assurance complémentaire santé.

Cet article prévoit que, dans ce cas, l'organisme d'assurance maladie peut récupérer la totalité de l'indu et restituer à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme d'assurance complémentaire les sommes qu'ils ont versées à tort pour leur éviter notamment à avoir à effectuer des demandes de remboursement de l'indu auprès des professionnels et établissements concernés.

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

Article 79 : Recrutements dans les hôpitaux locaux

Cet article autorise le recrutement de praticiens hospitaliers dans les hôpitaux locaux pour les activités de court séjour en médecine et renvoie à un décret le soin d'en préciser les conditions. Jusqu'alors les hôpitaux locaux ne pouvaient recruter de praticiens hospitaliers que pour réaliser des actes en soins de suite et de réadaptation et en soins de longue durée. Le projet de décret devrait être incessamment transmis pour examen au Conseil d'État ; il modifie l'article R. 6141-31 du code la santé publique en permettant ces recrutements, après constat de l'insuffisance du nombre de médecins pour assurer les soins de courte durée en médecine et avis de la CME de l'hôpital local.

Article 80 : Aides des collectivités locales aux étudiants en médecine et chirurgie dentaire

Cet article a étendu le bénéfice de l'indemnité d'étude et de projet professionnel, initialement prévue aux étudiants de troisième cycle de médecine s'engageant à exercer comme généraliste dans une zone déficitaire, aux étudiants, titulaires du concours de médecine, inscrits en faculté de médecine ou de chirurgie dentaire, et s'engageant à exercer en tant que médecin généraliste, spécialiste ou chirurgien-dentiste.

Les modifications nécessaires des articles D. 1511-54 et D. 1511-55 du code général des collectivités territoriales, insérées par le décret n° 2005-1728 du 30 décembre 2005, consécutives à cette extension du champ sont actuellement en cours d'élaboration.

Article 83 : Conditions d'exercice des médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes et sages-femmes titulaires d'un diplôme obtenu hors Union européenne

Cet article a modifié la procédure d'autorisation d'exercice en France des praticiens à diplômes hors Union européenne. La procédure comprend trois étapes : une épreuve de vérification des connaissances, l'exercice de fonctions en qualité d'assistant associé pour une durée de 3 ans et l'examen d'un dossier de demande d'autorisation par une commission d'autorisation d'exercice. Des mesures transitoires ont été introduites jusqu'en 2011 pour les praticiens justifiant d'une certaine antériorité dans l'exercice de fonctions rémunérées en France, avant juin 2004, en leur permettant de passer un examen au lieu d'un concours. Le décret d'application 2007-123 du 29 janvier 2007 a été publié au journal officiel du 31 janvier 2007. Deux arrêtés ont été publiés à la suite : un arrêté du 5 mars 2007 relatif aux modalités d'organisation des épreuves de vérification des connaissances et un arrêté du 6 mars 2007 portant ouverture des épreuves. Les premières épreuves de vérification des connaissances organisées dans le cadre de ces nouveaux textes se dérouleront du 2 au 12 octobre 2007.

Article 84 : Modification du calendrier de mise en œuvre de la réforme des USLD et des modalités de répartition des capacités

La réforme des unités de soins de longue durée (USLD) vise à transformer une partie des lits hospitaliers de soins de longue durée en lits médico-sociaux. Cet article définit les modalités de partition et modifie le calendrier de cette réforme qui s'échelonne désormais sur trois ans (2008-2010). Cette mesure est d'application

directe. La circulaire n° DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les USLD précise les conditions d'application de cette mesure, tant en matière de répartition des capacités que de financement.

Article 85 : Création de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Cet article a créé l'Agence nationale de l'évaluation sociale et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux qui a été installée le 21 mars 2007 par le ministre chargé de l'action sociale. Elle est constituée en Groupement d'intérêt public, dont la convention constitutive a été approuvée par arrêté du 13 avril 2007. La première réunion de l'Assemblée générale de l'agence s'est tenue le 2 mai 2007.

Elle a pour mission d'élaborer et valider des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et d'habiliter des organismes qui procéderont aux évaluations externes dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Le financement de l'agence est assuré conjointement par l'État, la CNSA et les contributions des organismes gérant des établissements et services sociaux et médico-sociaux, selon les dispositions prévues par le décret n° 2007-324 du 8 mars 2007.

En 2007 le budget est de 3,2 M€ se répartissant comme suit : État : 1,7 M€, CNSA 1,5 M€ (arrêté du 4 juin 2007), les contributions financières des organismes gérant des établissements et services sociaux et médico-sociaux (redevances pour service rendu à raison d'un montant forfaitaire de 35 € en 2007) étant appelées à être versées ultérieurement. L'arrêté du 6 avril 2007 a fixé le budget primitif de l'agence à hauteur de 840 920 €.

Article 86 : Amortissement des investissements immobiliers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Cet article prévoit qu'en vue de faciliter les investissements immobiliers dans les établissements sociaux et médico-sociaux, les intérêts des emprunts peuvent être pris en charge par l'assurance maladie selon des modalités et dans des conditions fixées par décret. Le projet de texte d'application élaboré à cet effet vise notamment à s'assurer que les établissements bénéficiaires ont un réel besoin financier et que les surcoûts sur les tarifs hébergement seront effectivement compensés dans les 5 prochaines années. Ce projet de décret prend en compte l'avis du Conseil national de la comptabilité du 4 mai 2007. Il a été signé par le ministre chargé de la solidarité le 6 avril 2007, mais il n'a pu être adopté avant la cessation de fonctions du gouvernement ; il fait l'objet d'une nouvelle procédure de contresaising.

Article 88 : Conventions entre les pharmaciens d'officine et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur, forfaits de soins des EHPAD

Les dispositions de cet article définissent d'une part les conditions contractuelles entre l'EHPAD et la ou les pharmacies d'officine qui approvisionnent en

médicaments les résidents de l'établissement, et rappellent, d'autre part, le principe fondamental de libre choix du praticien par les patients.

Ces dispositions ont été prises conformément aux conclusions du groupe IGAS, pour améliorer la prise en charge sanitaire et financière des médicaments et des dispositifs médicaux en EHPAD. Elles visent à permettre la mise en œuvre d'une intervention renforcée du pharmacien d'officine au sein de l'établissement en coordination avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante dans un souci de qualité des soins et de sécurité de la dispensation pharmaceutique.

Les principaux enjeux sont en effet l'amélioration de l'acte de dispensation du pharmacien, tel que le prévoit l'article R. 4235-48 du code de la santé publique, par une participation plus active au sein de l'établissement permettant ainsi de favoriser le bon usage des médicaments, la facilitation de l'observance des traitements et la lutte contre la iatrogénèse médicamenteuse, sans rémunération pour cette prestation.

Le projet d'arrêté et son annexe qui définit les termes de la convention-type, prévu à l'article L.5126-1 du code de la santé publique, fait l'objet de négociations organisées par le ministère de la santé, entre les différents partenaires.

Par ailleurs, le décret n°2007-547 du 11 avril 2004 (journal officiel du 13) a défini les missions des médecins coordonnateurs des établissements pour personnes âgées.

Article 89 : Promotion des services d'aide au domicile des personnes handicapées et détermination de l'objectif de dépenses en faveur des établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées

Cet article modifie la section IV du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui était consacrée à la promotion des actions innovantes et au renforcement des métiers de service pour les personnes âgées uniquement, en instaurant deux sous-sections distinctes : la première reste consacrée aux personnes âgées et la seconde concerne dorénavant les personnes handicapées. La nouvelle sous-section ainsi créée à l'intention des personnes handicapées a été dotée d'un montant de 10 M€ au budget primitif de la CNSA pour 2007. Les modalités de mise en œuvre de cette mesure sont précisées à l'article 2 du décret n°2007-828 du 11 mai 2007 portant diverses dispositions relatives à la solidarité pour l'autonomie.

Article 91 : Consultations de prévention des personnes âgées de plus de soixante-dix ans et programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques

I. Consultation de prévention pour les personnes âgées de plus de soixante-dix ans

Cette disposition a étendue la possibilité de limiter ou de supprimer la participation des assurés aux frais d'une consultation unique de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans. Les conditions de cette exemption partielle ou totale doivent être précisées par décret en Conseil d'État. Pour 2007 cependant, il a été décidé d'expérimenter dans trois départements les conditions de mise en œuvre de cette consultation de prévention pour les personnes âgées de plus de soixante-dix.

Cette expérimentation est financée par les Caisses sur leur budget de prévention. Ainsi, l'avenant n° 1 à la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et la CNAMTS a créé une ligne au sein du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) à cet effet. La COG entre l'État et le RSI a également prévu un financement sur son budget de prévention, la MSA pouvant également financer sa participation par le FNPEISA au sein de la ligne « Autres actes impulsés par l'État ».

II. Programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques

Cette disposition fait suite au rapport IGAS de 2006 sur le « disease management » qui a souligné l'intérêt d'expériences réalisées dans certains pays de programmes personnalisés d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques. Elle autorise les caisses d'assurance maladie à engager ce type de programmes dont le développement a été annoncé dans le cadre du plan « qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, » de mars 2007 qui constitue l'un des 5 plans de la loi de santé publique du 9 août 2004. Cette disposition ne nécessite pas de texte d'application et, dans le cadre des engagements figurant dans la COG entre l'État et la CNAMTS (2006-2009) signée le 7 août dernier, la CNAMTS expérimentera un programme pour les patients diabétiques à partir du 1^{er} janvier 2008.

Article 92 : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

La création des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) correspond à la volonté du législateur, dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 réformant l'action sociale, de réunir dans un statut juridique commun les deux dispositifs existants : les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) afin de mettre en place un dispositif médico-social de prise en charge unique pour l'ensemble des addictions. Le présent article prévoit que les CSAPA sont désormais financés par l'assurance maladie et que les CCAA et CSST disposent d'un délai de trois ans pour solliciter une autorisation en tant que CSAPA.

La mise en œuvre de cette disposition supposait la prise de textes réglementaires pour fixer les missions et les modalités de fonctionnement de ces centres. Un décret simple n° 2007-877 du 14 mai 2007 a ainsi été pris. Il devra être complété par un décret en Conseil d'État qui sera examiné par la Haute Assemblée à l'automne 2007. Sur la base de ce nouveau corpus réglementaire, les centres pourront alors être autorisés.

Article 93 : Dotation et missions du FMESPP

Certaines dispositions de cette mesure sont d'application directe alors que d'autres nécessitent la modification du décret n° 2001-1242 relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) qui fixe les règles relatives à l'octroi des subventions du fonds. Un projet de décret est actuellement soumis à la concertation.

Il définit les conditions dans lesquelles les dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire peuvent

être financées au moyen d'avances. Il prévoit la possibilité que le fonds finance des opérations d'évaluation des pratiques professionnelles ainsi que des opérations visant la réorganisation de l'offre de soins dans le cadre notamment des conférences de territoires. Il précise les conditions de prise en charge par le fonds des missions « hôpital 2007 ».

Article 94 : Création du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

Cet article crée le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), issu d'un regroupement des compétences et des crédits du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation nationale des réseaux (DNDR) voués à disparaître à la date d'entrée en vigueur du décret d'application précisant la gouvernance et les modalités de fonctionnement du FIQCS. Ce décret (n° 2007-973 du 15 mai 2007) a été publié le 16 mai 2007, et est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2007.

Article 97 : Création d'un fonds de prévention des risques sanitaires

Cet article définit un cadre de financement des dépenses de prévention des risques sanitaires exceptionnels en conformité avec les dispositions de la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001. Il est ainsi créé un fonds de prévention des risques sanitaires (Fopris) qui se substitue au fonds de concours dit « Biotox et situations sanitaires exceptionnelles ». Le présent article précise son statut, son mode de gestion ainsi que les ressources qui lui sont affectées et les dépenses qu'il finance. Il indique également que le FSV est chargé à titre transitoire de la gestion du fonds jusqu'à une date fixée par arrêté des ministres et fixe le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie pour 2007 à 175 M€.

L'article 12 de la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur prévoit de remplacer le Fopris par un établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus) ayant des missions plus larges que le fonds. Le Fopris disparaît donc à la date de création de l'Eprus, soit le 28 août 2007, date de parution au journal officiel du décret n° 2007-1273 du 27 août 2007 pris pour l'application de la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur. En conséquence, la gestion du fonds de prévention des risques sanitaires a été déléguée entre le 1^{er} janvier et le 28 août 2007 au FSV.

Article 100 : Intégration du dispositif thermal dans le droit commun de l'assurance maladie issu de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

La loi relative à l'assurance maladie n'avait pas visé le thermalisme dans ses dispositions relatives au dispositif conventionnel, aux délégations de compétence à l'UNCAM et aux modalités d'inscription au remboursement des actes et prestations. Cet article procède à cette intégration dans le nouveau droit commun de l'assurance maladie. Le décret d'application de l'ensemble de ces mesures est en cours d'élaboration.

Article 101 : Financement de la formation continue conventionnelle

Cet article prévoit la possibilité pour l'organisme gestionnaire conventionnel (OGC), réservé jusqu'alors à la formation continue conventionnelle des seuls médecins, de gérer les crédits affectés à la formation conventionnelle des autres professions conventionnées.

Pour chacune des professions concernées, ces crédits sont actuellement gérés par des organismes de type associatif mis en place par les représentants des professionnels.

Les dispositions réglementaires relatives à l'OGC doivent faire l'objet d'une modification pour intégrer cette réforme. Un projet de décret est en préparation.

Article 102 : Droit d'opposition à la convention médicale

Cet article aligne les règles relatives au droit d'opposition des organisations syndicales professionnelles du code de la sécurité sociale sur celles du code du travail.

Il ne nécessitait pas de texte réglementaire d'application.

Article 103 : Convergence des dispositifs « médecin traitant » et « médecin référent »

Cet article prévoyait qu'à défaut de conclusion avant le 31 janvier 2007 d'un avenant conventionnel fixant les conditions de convergence des dispositifs médecin référent et médecin traitant, cette convergence pouvait être mise en place par arrêté publié avant le 31 mars 2007.

Les partenaires conventionnels ont négocié un avenant n° 18 en janvier 2007 fixant ces modalités de convergence, et signé le 7 février. Cet avenant est entré en vigueur le 19 avril 2007. Le prise d'un arrêté substitutif est donc sans objet.

Article 104 : Permanence des soins

I. Mission de service public

Cet alinéa a transformé la permanence des soins en médecine ambulatoire définie à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, effectuée jusqu'alors dans un but d'intérêt général, en mission de service public. Cette modification ne nécessitait pas de texte réglementaire d'application.

II. Extension du champ mise sous entente préalable

La procédure de mise sous accord préalable sélective a été étendue aux arrêts prescrits dans le cadre du risque accidents du travail et maladies professionnelles. Cette modification ne nécessitait pas de texte réglementaire d'application. Elle a été mise en œuvre dans la campagne de contrôle 2007 de la CNAMTS.

III. Permanence pharmaceutique

Cet alinéa a intégré dans le champ de la convention pharmaceutique la détermination des modes de rémunération de la participation des pharmaciens à la permanence pharmaceutique. Dans le cadre de l'accord conventionnel entre les pharmaciens d'officine et la CNAMTS (articles 30 à 33), le montant de l'indemnité d'astreinte

a été fixée à 75 € pour certaines périodes (nuit, dimanche et jour férié) et financé dans la limite de 1 150 secteurs pour les nuits et 1 450 secteurs pour les dimanches et jours fériés. Ainsi, un montant de 38 M€ en année pleine a été affecté à ce poste ; environ 50 % de ce montant ont été réellement budgétés en 2007 compte tenu que l'accord n'est intervenu qu'à mi-année. Pour 2008, le montant de 38 M€ a été reconduit.

IV. Déconventionnement

Cet alinéa renvoi à un décret le soin de préciser les conditions dans lesquelles les caisses primaires d'assurance maladie peuvent procéder en cas d'urgence au déconventionnement d'un professionnel de santé lorsque la violation des engagements prévus par la convention est particulièrement grave ou qu'il en résulte pour l'organisme un préjudice financier. Ce décret est en cours de préparation.

V. Disposition annulée par le Conseil constitutionnel

VI. Médecins non conventionnés

Cet alinéa a étendu aux médecins non conventionnés la possibilité de participer à la permanence des soins en médecine ambulatoire et a renvoyé les modalités d'indemnisation de l'astreinte, prévue dans le cadre conventionnel, de ces médecins à un arrêté.

L'organisation et le financement de la permanence des soins en médecine ambulatoire faisant actuellement l'objet de réflexions en vue de leur réforme, cet arrêté n'a pas encore été publié.

VII. Tarifs des médecins non conventionnés participant à la permanence des soins

Cet alinéa étend aux médecins non conventionnés participant à la permanence des soins l'obligation de respecter les tarifs conventionnels et le bénéfice de la prise en charge de ces tarifs par assurance maladie. Cette modification ne nécessitait pas de texte réglementaire d'application.

Section 2. Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 105 : Cumul emploi et retraite

Cet article comporte deux mesures d'assouplissement des règles du cumul emploi-retraite :

- d'une part, un assouplissement de la règle de plafond de cumul au profit des salariés ayant perçu des bas salaires en fin de carrière (autorisation du cumul emploi-retraite sous réserve que la somme des revenus professionnels après liquidation et des revenus de pensions de base et complémentaires n'excède pas 160 % du salaire minimum de croissance) ;
- d'autre part l'établissement de règles spécifiques au profit des anciens salariés d'une entreprise qui reviennent exercer des activités de tutorat après avoir liquidé leur retraite.

La mesure d'assouplissement pour les bas salaires, d'application directe, est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2007 ; des instructions ont été adressées aux caisses de retraite sur ses conditions d'application qui seront confirmées par voie réglementaire.

La disposition relative au tutorat doit faire l'objet d'un décret d'application qui sera pris en regard des modifications qui seront apportées à la législation générale sur le cumul emploi-retraite dans le cadre du rendez-vous de 2008.

Article 106 : Extinction de la faculté conventionnelle de mise à la retraite d'office avant 65 ans

Cet article a prévu l'extinction à partir du 1^{er} janvier 2010 des accords de branches autorisant la mise à la retraite d'office de salariés de moins de soixante-cinq ans dès lors que ceux-ci remplissent les conditions pour une retraite au taux plein.

Ces mêmes branches professionnelles pourront toutefois recourir entre 2010 et 2014 au départ en retraite avec accord de l'employeur, qui bénéficiera d'un régime fiscal et social favorable.

L'article a également fixé au 1^{er} janvier 2008 l'extinction des accords de branche autorisant les mises à la retraite d'office avant 60 ans et a prévu que les mises à la retraite prononcées jusqu'à cette échéance à l'encontre de salariés de moins de soixante ans seront soumises à une contribution spécifique à la charge de l'employeur.

La mise en œuvre de ces dispositions n'exigeait aucun texte réglementaire d'application.

Article 107 : Revalorisation des petites retraites agricoles

Cet article et le décret n° 2006-1638 du 19 décembre 2006 revalorisant les pensions de retraite de base des personnes non salariées des professions agricoles permettent d'une part, d'ouvrir l'accès aux revalorisations à de nouveaux bénéficiaires et d'autre part, de diminuer la minoration des revalorisations pour les personnes justifiant de moins de 37,5 années dans le régime des personnes non salariées agricoles.

Depuis le 1^{er} janvier 2007, la durée minimale d'activité non salariée agricole nécessaire pour bénéficier des revalorisations a été abaissée à 22,5 ans, contre 32,5 ans et la minoration de pension par année manquante par rapport à la durée minimale d'assurance est fixée à 5,5 % par an.

Les revalorisations correspondantes ont pris effet dans la pension de janvier 2007 versée le 8 février. À compter du 1^{er} janvier 2008, cette décote sera abaissée à 4 % par an.

Ces mesures bénéficient à 300 000 personnes pour un coût de 162 M€ en 2007 et de 205 M€ par an à partir de 2008.

Article 108 : Extension du champ d'application de la majoration de durée d'assurance pour enfant handicapé

L'article 33 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites a permis aux salariés ayant élevé un enfant handicapé de bénéficier d'une majoration de leur durée d'assurance. Cette disposition n'était pas applicable aux non

salariés agricoles, l'article 33 de la loi n'ayant pas modifié l'article L. 732-38 du code rural en y introduisant une référence à l'article L. 351-4-1 du code de la sécurité sociale.

Le présent article a réparé cette omission. Les personnes non salariées agricoles ayant élevé un enfant handicapé peuvent bénéficier de cette majoration de durée d'assurance, à l'instar des salariés.

Le décret n° 2007-83 du 22 janvier 2007 relatif à la majoration de la durée d'assurance au profit des personnes élevant un enfant ouvrant droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et à son complément a pour objet de déterminer le nombre de points de retraite proportionnelle auquel ouvre droit cette majoration de durée d'assurance.

Ainsi, comme pour la majoration de durée d'assurance pour enfant prévue à l'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale, le nombre de points de retraite proportionnelle attribué aux personnes ayant élevé un enfant ouvrant droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est égal, pour chaque trimestre supplémentaire accordé, au quart de celui de la dernière année d'assurance.

Article 109 : Atténuation des effets de seuil en 2007 et 2008 incitant à la liquidation précoce des pensions

La loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites vise à favoriser l'allongement de l'activité en donnant aux assurés une visibilité suffisante sur le niveau de leur retraite future. C'est ainsi que la durée d'assurance requise pour le taux plein est déterminée en fonction de la génération de l'assuré, la valeur retenue étant celle en vigueur au sixième anniversaire de l'assuré.

Le présent article vise à approfondir cette logique en offrant aux assurés qui prolongent leur activité au-delà de l'âge légal de la retraite que la valeur des autres paramètres principaux de pension qui leur seraient applicables s'ils liquidaient leur pension à cette date leur demeurent acquis. Ainsi, en vertu du I de l'article, la durée de « proratisation » (durée sur la base de laquelle est calculée la pension) et le nombre d'années pris en compte pour déterminer le salaire de référence seront ceux applicables au sixième anniversaire de l'assuré.

De manière connexe, le II de cet article vise à garantir aux assurés nés avant 1948 qu'ils continueront de bénéficier, après le 31 décembre 2007, des valeurs qui leur sont applicables actuellement s'agissant de ces deux paramètres, lorsqu'ils prolongent leur activité au-delà de cette date.

Ces dispositions ont été transcrites au niveau réglementaire par le décret n° 2007-614 du 25 avril 2007.

Article 110 : Régularisation de la retraite des moniteurs de ski

Le présent article a eu pour objet de régulariser la situation des moniteurs de ski indépendants au regard de leur retraite.

Cette régularisation repose sur l'affiliation et le versement des cotisations dues aux régimes légaux de retraite et d'invalidité – décès par l'ensemble des professionnels à compter du 1^{er} janvier 2007.

Il est mis fin au régime spécifique de retraite de la profession. Pour les adhérents de ce régime, actifs ou pensionnés, une reprise de droits est effectuée par les régimes de retraite de base et complémentaire, dans des conditions n'affectant pas leur équilibre prévisionnel et garantissant le niveau des droits constitués.

Les réserves du régime spécifique dont dispose le syndicat sont affectées aux régimes de base et complémentaire, le solde étant affecté au financement de prestations temporaires, par un organisme assureur, aux assurés âgés de 58 à 60 ans en 2007.

Le décret n° 2007-369 du 20 mars 2007 pris pour l'application des dispositions de cet article a été publié le 21 mars 2007 et précise les conditions de reprise des droits, la répartition des droits constitués entre le régime de base et le régime complémentaire ainsi que les modalités de cotisation. L'arrêté du 27 mars 2007 pris pour l'application des dispositions du IV de cet article 110 a été publié le 10 mai 2007 et fixe la répartition des réserves entre la CNAVPL, la CIPAV et le financement du régime transitoire.

Article 112 : Retraite des personnels enseignants hospitaliers universitaires

Cet article a institué une participation des établissements de santé à la constitution de droits à la retraite au profit des personnels hospitaliers et universitaires titulaires.

En effet, ces personnels perçoivent, au titre de leur fonction universitaire, une rémunération et une pension de retraite prises en charge par l'État et équivalentes à celles perçues par les fonctionnaires de même niveau. Ils reçoivent par ailleurs une rémunération complémentaire au titre de leur activité hospitalière laquelle est, le plus souvent, comparable, voire supérieure en temps, à leur activité universitaire. Dans l'attente d'un assujettissement à cotisations dans le régime de retraite complémentaire de l'IRCANTEC, de tout ou partie de la part hospitalière de leurs revenus, qui ne peut être envisagé dans l'immédiat en l'absence de réforme de ce régime, le présent article a prévu que les employeurs hospitaliers participent à la constitution de droits à retraite du praticien adhérent à un régime de retraite supplémentaire.

Le décret n° 2007-527 du 5 avril 2007 relatif à la participation des établissements de santé à la constitution de droits à la retraite au bénéfice des personnels enseignants et hospitaliers titulaires mentionnés à l'article L. 952-21 du code de l'éducation, publié au journal officiel du 7 avril 2007, a précisé les conditions de versement de cette participation et ses limites.

Article 114 : Conditions de rachat des années d'études et des années de cotisation incomplètes pour bénéficier du mécanisme des carrières longues

Cet article modifie l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale, qui autorise les assurés du régime général à procéder dans des conditions garantissant la neutralité actuarielle, à des versements leur permettant d'acquérir des périodes d'assurance supplémentaires au titre des années civiles durant lesquelles, affiliés au régime général, ils ont validé moins de 4 trimestres ou, ne relevant d'aucun régime de retraite, ils suivaient des études supérieures.

Aux termes de cette modification, un barème spécifique doit fixer le montant des versements demandés aux assurés qui utilisent le dispositif de rachat de l'article L. 351-14-1 pour remplir les conditions de durée d'assurance exigées pour le bénéfice de la retraite anticipée prévue pour les personnes ayant commencé à travailler jeunes et ayant eu une longue carrière.

Le décret déterminant ce barème est en cours d'élaboration.

Section 3. Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles

Article 116 : Financement des Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante pour l'année 2007

I. Cet article arrête, pour l'année 2007, le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata) créé par l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. Ce montant est de 800 M€.

Cette disposition est d'application immédiate.

II. Cet article arrête, pour l'année 2007, le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) créé par le II de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001. Ce montant est de 315 M€.

Cette disposition est d'application immédiate.

Article 118 : Augmentation de la contribution des entreprises au Fcaata

Cet article prévoit que le montant de la contribution à la charge des entreprises dont les salariés ont été exposés à l'amiante qui a été instituée par l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 ne peut dépasser 4 M€ par année civile. Cet article est d'application directe.

Article 119 : Fixation par décret des activités et des périodes concernées pour l'accès au dispositif de cessation anticipée d'activité pour les salariés exposés à l'amiante

Cet article a modifié l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 qui a créé un dispositif de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante. Peuvent notamment bénéficier d'une allocation de cessation d'activité, les salariés ou anciens salariés travaillant ou ayant travaillé dans un établissement de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, des établissements de flochage et de calo-

rifugeage à l'amiante figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget, pendant la période où y était fabriquée ou traitée de l'amiante. Cet article prévoit que l'exercice des activités de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flochage et de calorifugeage à l'amiante de l'établissement doit présenter un caractère significatif.

Le décret en Conseil d'État définissant les activités concernées, les critères permettant d'établir leur caractère significatif ainsi que les conditions de fixation des périodes de références nécessite de recueillir l'avis d'experts techniques et fait actuellement l'objet d'une concertation interministérielle.

Article 120 : Versement de la branche AT-MP à la branche Maladie

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 2007, à 410 M€. Cette mesure est d'application directe.

Section 4. Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille

Article 122 : Extension du libre choix du complément du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant aux établissements d'accueil de type expérimental prévus par le plan Petite enfance

Cet article ouvre le bénéfice du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) aux familles qui recourent à une structure expérimentale (micro crèches) pour assurer la garde de leur(s) enfant(s) de moins de six ans.

Le décret prévu par cet article a été publié au journal officiel du 16 mai 2007 (décret n° 2007-959 du 9 mai 2007 relatif à la prestation d'accueil du jeune enfant). Ce décret prévoit que le barème applicable aux familles ayant à rémunérer les prestations d'accueil assurées par la micro crèche est celui fixé pour l'emploi d'une garde à domicile.

Article 123 : Report de la date de versement de l'allocation de base de la prestation d'accueil au jeune enfant

Cet article fixe la date d'effet du versement de l'allocation de base de la prestation d'accueil au jeune enfant à la date de la naissance et non plus, comme auparavant, au 1^{er} jour du mois civil de naissance.

Le décret n° 2007 -124 du 29 janvier 2007 a précisé les modalités de calcul de l'allocation de base due pour les jours courant entre la date de la naissance et la fin du mois de naissance.

Article 124 : Adaptation des allocations familiales à la résidence alternée de l'enfant au domicile des parents séparés ou divorcés afin de permettre leur partage.

Cet article prévoit le partage des allocations familiales en cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun des parents divorcés ou séparés.

Le décret en Conseil d'État prévu par cet article a été publié au journal officiel du 14 avril 2007. (décret n° 2007-550 du 13 avril 2007 relatif aux modalités de calcul et de partage des allocations familiales en cas de résidence alternée des enfants au domicile de chacun des parents et modifiant le code de la sécurité sociale). Il précise les modalités selon lesquelles doivent se faire, d'une part, la désignation de l'allocataire et, d'autre part, le calcul et le partage des allocations familiales.

Article 125 : Création du congé de soutien familial

Cet article institue un congé de soutien familial en faveur des salariés ayant cessé leur activité professionnelle pour s'occuper d'un proche souffrant d'un handicap ou d'une dépendance d'une particulière gravité. Il s'agit d'un congé non rémunéré de trois mois renouvelable dans la limite d'un an sur l'ensemble de la carrière.

Il prévoit une affiliation gratuite pour la période de congé de soutien familial à l'assurance vieillesse du parent au foyer. Il ouvre également droit à l'affiliation à l'assurance vieillesse du parent au foyer (AVPF) aux travailleurs non salariés qui ont cessé leur activité professionnelle pour s'occuper d'un proche gravement handicapé ou souffrant d'une perte d'autonomie

Le décret prévu par cet article a été publié au journal officiel 20 avril 2007 (décret n° 2007-573 du 18 avril 2007 relatif au congé de soutien familial). Il précise certaines modalités d'application, à savoir les délais de prévenance du salarié envers son employeur en cas de demande initiale, de prolongation, de retour anticipé, la nature des pièces justificatives à fournir notamment celles relatives à la gravité du handicap ou de la perte d'autonomie du proche, les modalités de la procédure d'affiliation à l'AVPF.

Article 126 : Création d'un prêt à taux zéro pour les jeunes qui entrent dans la vie active

Cet article a institué un dispositif de prêts à taux zéro destiné à favoriser l'autonomie des jeunes âgés de 18 à 25 ans qui entrent dans la vie active, ainsi qu'aux jeunes apprentis. Il s'agit d'une aide au financement des dépenses liées à l'accès à un nouvel emploi, sous conditions de ressources. Ces prêts sont garantis par le fonds de cohésion géré par la caisse des dépôts et consignation et font l'objet d'une bonification d'intérêts prise en charge annuellement par la CNAF.

Sont parus au journal officiel du 11 mars 2007, le décret n° 2007 -327 et trois arrêtés en date du 8 mars 2007 qui fixent les modalités d'application du dispositif, notamment le montant maximum du prêt (5000 €), la durée de la période de remboursement (de 24 à 60 mois), les conditions de ressources des demandeurs, le montant de l'enveloppe de prêts (150 M€) pour l'année 2007, les conditions d'habilitation des établissements de crédits.

Actuellement le fonds de cohésion sociale a donné son agrément à un établissement de crédit qui devrait être en mesure de distribuer des prêts fin 2007.

Article 127 : Neutralité des opérations d'adossesments des régimes spéciaux de retraite au régime général pour la branche Famille

En cas d'adossesment d'un régime spécial de retraite sur la CNAVTS en application de l'article L. 222-6 du code de la sécurité sociale, cet article vise à garantir à la CNAF, s'agissant de sa contribution au FSV au titre des avantages familiaux prévue à l'article L. 223-1 de ce code (à hauteur de 60 % du coût de ces avantages), la neutralité financière de l'opération d'adossesment en ce qu'elle concerne les avantages familiaux payés le cas échéant par la CNAVTS et remboursables par le FSV.

Ces dispositions, qui visent les opérations d'adossesment intervenant à compter du 1^{er} janvier 2007, ne nécessitent pas de dispositions réglementaires d'application. Elles relèvent du dispositif conventionnel prévu à l'article L. 222-6 qui peut donc prévoir soit l'exclusion des avantages familiaux de l'opération d'adossesment, soit, dans le cas contraire, une majoration du montant de la soulte due à la CNAVTS et reversée à la CNAF afin de lui permettre de financer sa contribution au FSV.

Ces dispositions n'ont pas trouvé à s'appliquer jusqu'à présent puisqu'aucune opération d'adossesment n'est intervenue depuis le 1^{er} janvier 2007.

Section 5 - Dispositions relatives à la gestion du risque et à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement

Article 129 : Sanction de l'incitation à la désaffiliation ou au non paiement des cotisations sociales

Cet article élargit le champ d'application du dispositif de sanction existant, en ouvrant la possibilité à tous les régimes de base de poursuivre et de demander au juge de sanctionner les personnes qui incitent à la désaffiliation ou au non paiement des cotisations sociales.

Il prévoit un emprisonnement de six mois et une amende de 15 000 € ou l'une de ces deux peines seulement, et donne ainsi la possibilité au juge de moduler la sanction. En cas d'incitation avérée, les organismes sociaux doivent mettre en œuvre les sanctions prévues par cet article.

Sur l'ensemble des régimes de base, 367 tentatives de désaffiliation ont été dénombrées. Toutefois, seuls 3 cas d'incitation à la désaffiliation ou au non-paiement des cotisations sociales ont été identifiés. Ils donnent lieu à des poursuites sur la base du présent article.

Article 130 : Situation des travailleurs détachés en France au titre de la CMU et des prestations familiales

L'objectif de la modification des articles L.380-3 et L.512-1 du CSS prévue par cet article est d'exclure du bénéfice de la CMU et des prestations familiales les travailleurs venus en France dans le cadre d'un détachement organisé par un accord international de sécurité sociale et maintenus, à ce titre, au régime de leur État d'envoi. Le dispositif s'applique également aux membres de leur famille qui les accom-

pagent et sont susceptibles d'être considérés comme leurs ayants droit ou des allocataires potentiels.

Une circulaire DSS/DACI/2007/168 du 23 avril 2007 explique la mise en œuvre de la mesure de fermeture du droit aux prestations familiales.

Aucun problème particulier d'application du dispositif n'a été recensé tant en matière d'assurance maladie que de prestations familiales.

Article 131 : Renforcement des contrôles en matière de prestations servies à des résidents à l'étranger

Cette disposition a pour objet de renforcer le contrôle par les organismes de sécurité sociale de la condition de résidence en France exigée pour prétendre au service de certaines prestations.

En premier lieu, la procédure de maintien des droits aux prestations en nature de l'assurance maladie prévue à l'article L. 161-8 du code de la sécurité sociale est désormais réservée aux seules personnes qui résident de manière stable en France. En second lieu, une obligation de restituer la carte Vitale a été posée à l'égard de tout assuré qui cesse de résider en France.

La définition et les modalités de contrôle de la condition de résidence ont été précisées par le décret du 14 mars 2007.

Article 132 : Prise en compte du train de vie dans les contrôles en matière de prestations

Cette disposition a pour objet de mettre en place une procédure d'évaluation des ressources selon les éléments de train de vie lorsqu'il est constaté une disproportion marquée entre d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare.

Un décret d'application de cette disposition est en préparation. Ce décret fixe le barème d'évaluation des différents éléments de train de vie et prévoit une procédure protectrice des droits des assurés auxquels cette évaluation va s'appliquer.

Au-delà de la complexité à identifier et définir les modalités d'évaluation des éléments de train de vie, le texte d'application a une portée très large puisqu'il vise à la fois des prestations maladie (CMU-C), des prestations familiales (API) et des prestations d'aide sociale (RMI).

L'objectif d'une procédure identique à l'ensemble de ces prestations passe donc une concertation importante tant avec l'ensemble des administrations concernées qu'avec les organismes de sécurité chargés de son application.

Article 133 : Extension des ententes préalables au RSI

Le présent article a pour objet de rendre applicable aux indemnités journalières du régime social des indépendants l'article L. 162-1-15 relatif à la mise sous accord préalable des prescripteurs excessifs d'indemnités journalières. Il modifie l'article L. 613-20 de manière à ce que ses dispositions soient élargies aux indemnités journalières prévues au 5° de l'article L. 321-1.

Cette modification ne nécessitait pas de texte réglementaire d'application.

Article 135 : Validation de la constitution de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) sous la forme d'une association de la loi de 1901

Cet article a complété l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale relatif à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM). Il valide législativement la constitution de l'Union sous forme d'association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. Il valide également les dispositions réglementaires et décisions de l'Union.

Le 10 janvier 2007, le Conseil d'État a rejeté les moyens soulevés par la Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM), exclue de l'association susdite, qui l'avait saisi aux fins d'annulation du décret du 27 mai 2005 réglementant la constitution et le fonctionnement de l'UNOCAM. Le Conseil d'État a néanmoins annulé le décret sur le fondement d'un vice de légalité externe, tenant à l'irrégularité de la consultation du Conseil d'État. Il considère néanmoins, dans une décision de la même date, que ledit décret n'est pas un préalable indispensable à la constitution de l'Union : la nature juridique de l'Union n'étant pas indiquée ni par la loi, ni par le décret, l'Union peut être légalement constituée sous la forme d'une association.

Le décret n° 2007-659 du 30 avril 2007 a été publié le 3 mai 2007, suite à l'annulation du précédent, reprenant les dispositions du texte précédent à l'identique, annulé pour des questions de procédure.

Article 136 : Suppression du principe de l'élection obligatoire des administrateurs des régimes spéciaux

Cet article a abrogé l'alinéa 3 de l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale qui disposait que « Les administrateurs des organismes de sécurité sociale relevant des régimes spéciaux sont désignés par voie d'élection à la représentation proportionnelle suivant les modalités définies pour chacun de ces régimes ». Cet alinéa, qui s'appliquait sous réserves des dispositions particulières régissant chacun des régimes concernés était en pratique sans portée juridique. En effet, dans beaucoup des régimes spéciaux, les administrateurs sont désignés suivant des modalités comparables à celles prévues par les ordonnances de 1996 pour le régime général.

Article 137 : Restructuration du réseau des caisses du régime agricole

Cet article a été adopté pour favoriser la restructuration du réseau MSA décidée par l'assemblée générale centrale des élus MSA en juin 2006 (51 organismes en 2006, 49 en 2007 et un objectif de 35 caisses en 2010). Il comporte deux mesures distinctes :

- la modification de l'article L. 723-3 du code rural a permis de mettre en place dans les caisses pluridépartementales de MSA des comités départementaux, instance consultative de proximité destinée à ce que les élus d'un département puissent animer le tissu local et donner au conseil d'administration un avis sur les questions de protection sociale et les dossiers individuels. Cette disposition ne nécessitait pas de texte réglementaire d'application. Les comités se sont mis en place à compter du mois de mai 2007 ;

- la modification de l'article L. 723-30 du code rural a pour objet de faciliter la constitution de nouvelles caisses comportant quatre départements, en renforçant au sein du conseil d'administration de la caisse fusionnée la représentation de chaque entité préexistante (administrateurs élus des trois collèges ainsi que représentants des unions départementales des associations familiales). Ce dispositif ne nécessite pas de texte réglementaire d'application. En 2007, aucune fusion à quatre organismes n'est intervenue, mais l'article trouvera à s'appliquer l'an prochain.

Article 138 : Création d'un répertoire national commun aux organismes sociaux

Les travaux de mise en œuvre du répertoire national commun ont été organisés en prenant appui sur un comité des maîtrises d'ouvrage des organismes, comité qui assure le pilotage du projet et permet la concertation entre les partenaires.

Ses travaux ont débuté en septembre 2007 afin de préciser et de valider le contenu exact des informations portées dans ce répertoire, d'en préciser les finalités, les conditions exactes d'utilisation par chacun des acteurs du projet et les travaux fonctionnels et techniques à réaliser pour sa mise en place.

Cette étape va requérir une réflexion fonctionnelle approfondie interne à chaque type d'organisme et des arbitrages entre les partenaires, qui seront à la fois fournisseurs et utilisateurs d'informations. Un chef de projet sera missionné à cet effet à compter du 1^{er} septembre 2007.

Ces travaux permettront de rédiger le cahier des charges de réalisation du répertoire commun et concomitamment de définir les modalités de financement du répertoire et de contractualisation entre les organismes partenaires.

Le décret prévu par l'article L 114-12-1 pour la mise en œuvre du répertoire, dont le contenu est assez fortement dépendant de la réflexion qui va intervenir au sein du comité, sera rédigé parallèlement, puis soumis aux consultations officielles nécessaires, dont la CNIL, avant d'être transmis au Conseil d'État et ensuite publié au cours du premier semestre 2008.

Article 139 : Instruction des demandes d'attribution de prestations sociales par voie électronique

Les dispositions de cet article visent à conforter les échanges dématérialisés opérés par les organismes de sécurité sociale, mais aussi par les autorités attribuant des prestations d'action sociale, et qui sont nécessaires pour l'ouverture des droits, le versement des prestations et les contrôles y afférents. Les dispositions introduites par cet article n'appellent pas de textes réglementaires pour leur mise en œuvre, les échanges étant réalisés, comme l'indique le contenu de l'article selon les règles prévues par la loi 78-16 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Article 140 : Mutualisation des ressources des organismes de sécurité sociale

Cet article insère les articles L. 216-2 à L. 216-2-2 dans le code de la sécurité sociale. Il porte sur la mutualisation, au sein de chaque branche du régime général, de missions ou d'activités entre plusieurs organismes de sécurité social.

Un décret peut être pris en tant que de besoin pour préciser les modalités d'application des dispositions du présent article. Cependant, il n'est pas à ce stade nécessaire, les articles du code de la sécurité sociale susmentionnés étant suffisants pour que les organismes puissent d'ores et déjà engager juridiquement des opérations de mutualisation.

Article 141 : Caisse commune de sécurité sociale

Cet article fixe le principe de l'expérimentation pour une durée de cinq ans de la gestion, par une seule et même caisse, des branches Maladie, Famille et Recouvrement de la sécurité sociale du régime général. Le nouvel article L. 216-5 du code de la sécurité sociale relatif au conseil de cette caisse commune en précise la composition.

Un projet de décret ayant pour objet de fixer la répartition des sièges du conseil entre les différentes catégories de conseillers a été élaboré. Les conseils d'administration des différentes caisses nationales se sont exprimés très négativement sur ce projet.

Article 142 : Prise en charge par l'État d'un dispositif de protection sociale en faveur des volontaires associatifs

Cet article modifie le dernier alinéa de l'article 13 de la loi n° 2006-586 du 23 mai 2006 relative au volontariat associatif et à l'engagement éducatif a institué un contrat de volontariat associatif pour l'accomplissement d'une mission d'intérêt général à caractère éducatif, scientifique, social, humanitaire, sportif, familial et culturel.

Les dispositions du I de cet article mettent à la charge de l'État, et non du fonds de solidarité vieillesse comme initialement prévu, dans des conditions fixées par décret, le financement des droits à retraite accordés aux volontaires associatifs dont le contrat dépasse une durée de trois mois. L'article 3 du décret n° 2006-1749 du 23 décembre 2006 relatif à la protection sociale du volontaire associatif et modifiant le code de la sécurité sociale en fixe les conditions (III et IV).

Les dispositions du II de cet article, pour leur part, abrogent, à l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, relatif aux dépenses prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse, les dispositions que l'article 13 de la loi n° 2006-586 du 23 mai 2006 y avaient introduit. Aucun texte réglementaire n'était nécessaire pour leur application.

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

I. Mesures de simplification en matière de recouvrement

La complexité des règles régissant les prélèvements sociaux, l'addition des formalités et des procédures rendent nécessaires, en particulier pour les entreprises de petite taille et les particuliers, la mise en œuvre de dispositifs de simplification.

Ces mesures concernent à la fois les entreprises, les associations, les particuliers employeurs et les travailleurs indépendants. Elles s'ordonnent autour de deux axes principaux : le développement de dispositifs simplifiés « sectorisés » (A-) et celui de déclarations mutualisées dématérialisées. (B-).

De nouveaux chantiers de simplification, qui reposent sur une collaboration accrue entre organismes de protection sociale et administrations d'État, ont été lancés en 2007 :

- la mise en place de l'interlocuteur social unique qui sera effective au 1^{er} janvier 2008 et qui a nécessité tout au long de l'année d'intenses travaux (C-) ;
- la suppression pour les travailleurs indépendants de l'actuelle déclaration commune de revenus grâce à l'organisation d'un flux dématérialisé d'informations des services fiscaux vers les organismes sociaux (D- 1°);
- la création d'une déclaration nominative individuelle, se substituant aux nombreuses déclarations actuelles des employeurs (D- 2°).

A. Le bilan des dispositifs de « chèques services » et d'organismes de recouvrement uniques.

Ces dispositifs permettent de prendre en compte des publics ciblés qui méritent un traitement particulier au regard de la complexité administrative. Ils concourent également à la limitation du travail dissimulé et au développement de l'emploi.

1° le chèque emploi service universel (CESU)

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. 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.

La loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne a renforcé ce dispositif en créant un « chèque emploi service universel », permettant de rémunérer les services à la personne. Le CESU permet aux particuliers soit de rémunérer et déclarer des salariés (emploi direct) soit, et c'est la nouveauté, de rémunérer des services prestataires. Il constitue à la fois un instrument de simplification pour les déclarations sociales des particuliers employeurs, un outil d'amélioration de la couverture sociale des salariés et un instrument de développement très important de l'emploi dans les services à la personne, compte tenu des avantages fiscaux et sociaux qui y sont attachés.

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 - partielle - 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.

2° Le titre de travail simplifié (TTS)

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 décembre 2000 a institué dans ces départements ainsi qu'à Saint-Pierre-et-Miquelon un « titre de travail simplifié » (TTS) fonctionnant sur le même principe que le chèque emploi service universel, géré par les caisses générales de sécurité sociale. Il se substitue au chèque emploi service 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.

3° Le chèque emploi associatif (CEA)

La loi du 19 mai 2003, issue 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. À l'origine fixée à un salarié temps plein, la limite d'effectif a été portée à 3 salariés par l'ordonnance du 18 décembre 2003.

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.

4° Le service emploi associations (SEA)

L'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 ».

5° 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 chèque emploi service 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, de les encaisser, d'établir les attestations d'emploi des salariés et de communiquer les informations nécessaires pour la liquidation de la prestation aux caisses d'allocations familiales ou de MSA. À la différence du CES, les carnets « Pajemploi » ne comportent pas de formule de chèque.

6° Le titre emploi entreprise (TEE- emplois occasionnels)

L'ordonnance du 18 décembre 2003 a institué 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 et de déclaration d'embauche et permet d'accomplir l'ensemble des déclarations sociales trimestrielles et annuelles auprès d'un des 3 centres nationaux institués au sein des URSSAF de Paris, Lyon et Bordeaux, spécialisés par professions. Il dispense l'employeur d'établir un bulletin de paie qui est réalisé par le centre national ; l'employeur règle l'ensemble des cotisations et contributions sociales à l'URSSAF.

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 jours ou sept cents heures par an, quelle que soit la taille de l'entreprise).

7° 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 ». Le dispositif juridique est complété 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'État, le 21 septembre 2005 ; cette convention comporte des engagements respectifs, permettant un développement harmonieux du dispositif. À la différence du TEE, le CETPE peut comporter une formule de chèque, destinée à rémunérer le salarié.

Comme le TEE, le CETPE permet à l'employeur 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 institué au sein des URSSAF de Paris, Lyon et Bordeaux.

8° Le 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 a institué 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 a été rendu obligatoire pour tous les employeurs compris dans son champ, d'autre part, ce champ a été 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 son activité habituelle.

Utilisation des dispositifs de simplification

	Adhérents		Salariés concernés	
	Juillet 2006	Juillet 2007	Juillet 2006	Juillet 2007
CESU	1 060 000	1 181 000	559 000	612 180
TTS (au 01/08/05)	6 438	8 287	48 800	49 600
CEA	27 200	37 431	58 000	93 311
PAJE	486 700	704 687	308 000	320 927
Service emploi associations	18 000	25 410	90 000	129 756
TEE	38 800	45 800	66 300	105 013
CETPE	28 000	53 000	27 000	70 000
GUSO	360 105	420 000	182 419	199 000

Tels sont 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 pour 2004 du 18 décembre 2003⁽¹⁾.

B. Les déclarations dématérialisées

La simplification a également été recherchée dans la dématérialisation qui a été facilitée par 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.

Le GIP-Modernisation des déclarations sociales (GIP-MDS), créé en 2000, inclut la totalité des organismes nationaux de protection sociale tous régimes confondus ainsi que des fédérations d'assureurs et les organisations professionnelles patronales (Médéf, qui préside le GIP, CGPME, UPA, FNSEA). Il a pour mission de promouvoir les déclarations sociales dématérialisées et d'offrir un accès à 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, aux Assédic, à l'AGIRC et 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	2006	2007
DUCS	346 063	748 684	873 724	1 733 811
DADS-U	36 237	203 710	1 236 710	1 360 000

(1) L'Urssaf du Bas-Rhin a été désignée pour recouvrer les cotisations de sécurité sociale, la CSG, la CRDS ainsi que les contributions d'aide au logement (FNAL) et le cas échéant le Versement transport. Le GARP a été désigné, parmi les ASSEDIC, pour recouvrer les contributions d'Assurance chômage ainsi que les cotisations dues à l'association pour la garantie des salaires (AGS). Le Groupe Taitbout a été désigné pour recouvrer les cotisations de retraite complémentaire via la CRE (institution ARRCO) et l'IRCAFLEX (institution AGIRC). La CCPBTP a été désignée, pour les entreprises du bâtiment et des travaux publics, pour recouvrer les cotisations congés payés, chômage intempéries et les cotisations pour la prévention des accidents du travail.

C. Le mise en place le 1^{er} janvier 2008 de l'interlocuteur social unique (ISU) des professions artisanales, industrielles et commerciales

Après l'achèvement de la mise en place du Régime social des indépendants (RSI – juillet 2006), celle d'un interlocuteur social unique (ISU) le 1^{er} janvier 2008 contribuera fortement à la réforme du système de couverture sociale des professions artisanales, industrielles et commerciales⁽²⁾, par l'instauration d'un guichet social unique pour le recouvrement de l'ensemble de leurs cotisations et contributions sociales dues à titre personnel. Elle s'accompagne d'une réforme des modalités de recouvrement.

Au 1^{er} janvier 2008, les artisans et commerçants n'auront plus qu'un seul interlocuteur pour l'ensemble de leurs cotisations et contributions sociales : le régime social des indépendants (RSI). Toutefois, la mise en place de l'ISU fera intervenir de manière étroite et transparente, leurs deux précédents interlocuteurs (URSSAF et RSI), qui, en associant leurs services, offriront un maillage plus fin du territoire et de ce fait, une meilleure qualité de service. Ainsi, le recouvrement des cotisations et contributions sociales sera assuré à la fois par le RSI et les URSSAF, celles-ci agissant pour le compte et sous l'appellation du RSI. Une répartition précise des compétences a été déterminée entre les deux réseaux par le décret n° 2007-703 du 3 mai 2007.

Le RSI assurera ainsi l'affiliation des artisans et des commerçants, leur accueil et leur information, la collecte et le traitement de la déclaration commune de revenus. Il définira les orientations nationales du contrôle et du recouvrement amiable et contentieux. Il effectuera le recouvrement amiable des cotisations et contributions au-delà du trentième jour suivant la date d'exigibilité et le recouvrement contentieux. À ce titre, c'est lui qui transmettra la mise en demeure et la contrainte. Il gèrera également la trésorerie du régime. Il aura en charge la commission de recours amiable et la gestion du fonds d'action sociale.

Les URSSAF, quant à elles, assureront pour le compte et sous l'appellation du RSI, l'ouverture et la gestion des comptes, l'appel et l'encaissement des cotisations et contributions sociales qui seront ensuite centralisées par l'ACOSS et transférées à la caisse nationale du RSI. En fonction de conventions signées au niveau local, les URSSAF participeront à l'accueil et à l'information de l'artisan et du commerçant, pour le compte et sous l'appellation du RSI. Elles seront chargées du recouvrement amiable jusqu'au trentième jour suivant la date d'exigibilité et enfin assureront le contrôle.

En outre, la mise en place de l'ISU s'accompagne d'une simplification des modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants. Cette simplification consiste à recadrer le schéma de recouvrement des cotisations et contributions sociales sur l'année civile, et à appliquer le rythme et la date de paiement choisis par le cotisant à l'ensemble de ses cotisations et contributions sociales. Des dispositions lissent l'effet de cette réforme sur les années 2008 et 2009.

Avec la mise en place du RSI le 1^{er} juillet 2006 et de l'ISU le 1^{er} janvier 2008, les relations entre les artisans et commerçants et les organismes sociaux chargés de leur protection sociale seront très sensiblement simplifiées.

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

D. Les autres chantiers de simplification ouverts en 2007

1° La suppression de la déclaration commune de revenus

Un groupe de travail regroupant la Direction de la sécurité sociale, la Direction générale des impôts, la Direction des entreprises commerciales, artisanales et des services (DCASPL), l'ACOSS et le RSI expertise la possibilité de supprimer la déclaration commune de revenus au profit d'une transmission des informations nécessaires à l'assiette sociale par la DGI aux organismes sociaux.

Cette question avait été examinée dès 2001 mais la disparité des calendriers fiscaux et sociaux constituait un obstacle majeur. Grâce à la réforme du calendrier de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants mise en place dans le cadre de l'interlocuteur social unique (ISU), la suppression de la déclaration commune de revenus peut à nouveau être envisagée.

Ce nouvel axe de simplification s'appuie sur le constat que chaque année, les travailleurs indépendants ont deux obligations déclaratives qui sont similaires : d'une part, la déclaration professionnelle de résultats auprès de la DGI et d'autre part, la déclaration commune de revenus (DCR) pour le calcul des cotisations et contributions sociales.

Les travaux doivent permettre de déterminer quel support déclaratif sera utilisé pour la transmission des informations, ainsi que le circuit y afférant.

L'objectif visé est de supprimer la déclaration commune de revenus pour 2009, portant sur les revenus de 2008.

2° La Déclaration sociale nominative

Lors de sa séance du 21 Juin 2006, le Conseil d'Administration du GIP-Modernisation des données sociales (GIP-MDS) a confié à la Direction de ce dernier le soin de lancer une étude portant sur la création d'une déclaration sociale nominative (DSN).

Cette déclaration nominative et périodique doit permettre d'unifier et simplifier le système déclaratif des données sociales par la transmission, des entreprises vers les organismes de protection sociale, de données individuelles relatives aux salariés à un rythme infra-annuel, sous forme harmonisée et dématérialisée à partir des logiciels de paie.

Ce projet permet d'envisager d'offrir aux entreprises et aux organismes de protection sociale une simplification radicale et une forte réduction des coûts du traitement des déclarations sociales. Il constituera un acte majeur de simplification fondé sur le principe d'un dépôt unique des déclarations alimenté par des flux dématérialisés provenant des employeurs. La DSN se substituera à la plupart des déclarations effectuées actuellement par les entreprises.

L'étude de faisabilité de la DSN est en cours et doit permettre une première expérimentation courant 2008.

Parallèlement, l'UNEDIC a lancé un projet de déclaration nominative des assurés (DNA) à périodicité mensuelle, qui comporte de nombreuses similitudes avec le projet DSN et qui fera l'objet d'une expérience pilote fin 2007 pour une généralisation en 2008. Ce projet est articulé avec celui de la DSN.

II. Mesures de simplification en matière de gestion des prestations

Les simplifications administratives représentent une préoccupation importante tant pour l'État 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.

Deux grands chantiers sont ouverts : la suppression en 2008 de la grande majorité des déclarations de ressources faites auprès des CAF (A-) et la création d'un répertoire commun aux organismes sociaux (B-)

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 (C-) ainsi que la poursuite des actions de simplification pour les assurés par la voie de la dématérialisation des échanges (D-).

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. B.I.1°). 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 toutes les conventions d'objectifs et de gestion (COG) signées entre l'État et les caisses nationales de sécurité sociale.

A. La suppression en 2008 de la grande majorité des déclarations de ressources faites auprès des CAF

Actuellement, plus de 8,5 millions d'allocataires CAF remplissent une déclaration de ressources tandis que 34,5 millions de déclarations de revenus sont reçues par les impôts. Les données collectées sont très proches. L'unification des déclarations de ressources et de revenus a été inscrite dans la COG conclue entre la CNAF et l'État (article 5) pour la période 2005-2008. L'audit de modernisation sur la rationalisation de la gestion des aides personnelles au logement dont le rapport a été publié en octobre 2006, a souligné l'opportunité et la légitimité de ce projet.

Par lettre du 26/02/2007, adressé au ministre délégué au budget et à la réforme de l'État, le ministre de la santé et des solidarités avait exposé son accord de principe à une telle entreprise. À la suite des conclusions du groupe de travail DSS-DGI-CNAF-MSA, qui s'est réuni en 2006, les mesures suivantes ont été retenues :

- la quasi-suppression en 2008 de la déclaration de ressources, remplacée par une transmission a priori des données contenues dans la déclaration fiscale. La déclaration sociale serait maintenue pour les allocataires non identifiés par l'administration fiscale (environ 1,5 millions de DR : les primo-déclarants à l'IR, les jeunes allocataires logement rattachés fiscalement à leurs parents,...) ;
- le report de la date d'actualisation du 1^{er} juillet 2008 au 1^{er} janvier 2009 du plafond et des droits (les barèmes y compris logement sont déjà actualisés au 1^{er} janvier de chaque année).

Un article du présent PLFSS (article 69) donne une base légale à cette simplification.

B. La création d'un répertoire national commun aux organismes sociaux

Les travaux de mise en œuvre du répertoire national commun aux organismes sociaux, créé par l'article 138 de la LFSS pour 2006, ont été organisés en prenant appui sur un comité des maîtrises d'ouvrage des organismes, comité qui assure le pilotage du projet et permet la concertation entre les partenaires.

Ses travaux ont débuté en septembre 2007 afin de préciser et de valider le contenu exact des informations portées dans ce répertoire, d'en préciser les finalités, les conditions exactes d'utilisation par chacun des acteurs du projet et les travaux fonctionnels et techniques à réaliser pour sa mise en place.

Cette étape va requérir une réflexion fonctionnelle approfondie interne à chaque type d'organisme et des arbitrages entre les partenaires, qui seront à la fois fournisseurs et utilisateurs d'informations. Un chef de projet sera missionné à cet effet à compter du 1^{er} septembre 2007.

Ces travaux permettront de rédiger le cahier des charges de réalisation du répertoire commun et concomitamment de définir les modalités de financement du répertoire et de contractualisation entre les organismes partenaires.

Le décret prévu par l'article L 114-12-1 pour la mise en œuvre du répertoire, dont le contenu est assez fortement dépendant de la réflexion qui va intervenir au sein du comité, sera rédigé parallèlement, puis soumis aux consultations officielles nécessaires, dont la CNIL, avant d'être transmis au Conseil d'État et ensuite publié au cours du premier semestre 2008.

C. La contribution de la sécurité sociale aux démarches législatives de simplification du droit

1° Les deux premières lois 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. Deux décrets d'application sont parus le 12 janvier 2007 au journal officiel.
- 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'utilisateurs ou d'acteurs de la sécurité sociale.

2° 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 concernent 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 postnatals 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 injustifiée.

Une partie de ce troisième projet de loi de simplification du droit vient d'être transformée en proposition de loi devant être débattue en premier lieu à l'Assemblée nationale ce mois d'octobre.

D. 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 million de télédéclarations 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 million de demandes). 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.