

ANNEXE 3

**A / MISE EN ŒUVRE
DE LA LOI DE
FINANCEMENT DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2008**

**B / MESURES
DE SIMPLIFICATION**

A / MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2008

I. Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour 2008

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

Article 9 : Suppression du droit d'acquérir des droits à la retraite en tant qu'élu pour les fonctionnaires élus au Parlement dans leur régime d'origine

L'article 9 a mis fin à la possibilité ouverte aux fonctionnaires détachés pour l'exercice d'un mandat parlementaire de continuer à acquérir des droits dans le régime des pensions des fonctionnaires alors qu'ils sont obligatoirement affiliés au régime de retraite des parlementaires de la chambre dans laquelle ils siègent.

Cet article entre en vigueur, pour les députés et les sénateurs, à compter, respectivement, du prochain renouvellement intégral de l'Assemblée nationale et du prochain renouvellement triennal du Sénat. Il ne nécessite aucun texte réglementaire d'application.

Article 10 : Autorisation accordée à l'autorité administrative d'augmenter les minima de perception applicables aux cigarettes et aux tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes, en cas de baisse de prix

Cet article vise à autoriser, en cas de baisse des prix, l'autorité administrative à moduler à la hausse, par arrêté du ministre du budget, les minima de perception applicables aux cigarettes et au tabac à rouler. Il n'a pas été nécessaire à ce jour d'utiliser cette faculté.

Article 11 : Augmentation des minima de perception applicables aux cigarettes et aux tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes

Cet article vise à rehausser les minima de perception applicables aux cigarettes et au tabac à rouler qui, n'ayant pas évolué depuis 2004, étaient devenus trop bas, donc inopérants par rapport au prix du marché. Depuis le 1^{er} janvier 2008, le minimum de perception est ainsi fixé à 155 € pour 1 000 unités pour les cigarettes. Il est fixé à 85 € pour 1 000 unités pour le tabac à rouler.

Cette disposition est d'application directe.

Article 12 : Neutralisation des temps rémunérés de pause, d'habillage et de déshabillage pour le calcul des allègements généraux

Cet article neutralise à compter du 1^{er} janvier 2008, pour le calcul de la réduction générale des cotisations patronales de sécurité sociale dite « réduction Fillon », l'impact des rémunérations afférentes aux temps de pause, d'habillage et de déshabillage versées en application d'une convention ou d'un accord collectif étendu en vigueur au 11 octobre 2007.

Les rémunérations correspondant à ces temps sont donc exclues, comme celles afférentes aux heures supplémentaires et complémentaires, de la rémunération mensuelle brute prise en

compte au dénominateur de la formule de la « réduction Fillon ». Cette neutralisation permet de ne pas diminuer le montant de la réduction de cotisations lorsqu'un temps de pause, d'habillage et de déshabillage ne correspondant pas à du travail effectif est rémunéré.

Ces dispositions sont d'application directe.

Article 13 : Instauration d'une contribution patronale et d'une contribution salariale sur les options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions gratuites d'actions

L'article 13 a instauré deux contributions sur les options de souscription ou d'achat d'actions (« stock-options ») et sur les actions attribuées gratuitement, l'une à la charge des employeurs au taux de 10 %, l'autre à celle des bénéficiaires (salariés ou mandataires sociaux) au taux de 2,5 %.

Le produit de ces deux contributions applicables aux stock-options ou actions gratuites attribuées à compter du 16 octobre 2007 est affecté aux régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires.

Cette réforme ne nécessitait pas de textes réglementaires d'application. Les précisions nécessaires à la mise en œuvre de la contribution patronale ont été apportées par la circulaire N° DSS/5B/2008/119 du 8 avril 2008 relative à la mise en œuvre de la contribution patronale sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions gratuites d'actions.

Quant à la contribution salariale, due au titre de la cession des titres, elle sera établie, recouvrée et contrôlée comme la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus du patrimoine. À ce titre, elle fera l'objet de commentaires dans une instruction fiscale à paraître au *Bulletin officiel des impôts*.

Article 14 : Aménagement des contributions pharmaceutiques

Le I du présent article modifie les règles d'assiette et les modalités de recouvrement applicables à la contribution assise sur les dépenses de promotion des médicaments et à celle assise sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux. Ces dispositions répondent à un souci de clarification, pour des motifs d'équité et de cohérence rédactionnelle, de la règle de droit applicable.

Les dispositions relatives aux modalités de recouvrement sont entrées en vigueur le 1^{er} juillet 2008. Celles relatives aux règles d'assiette ont été précisées par le décret n° 2008-746 du 28 juillet 2008.

Le II de l'article 14 maintient, à titre exceptionnel, à 1 % le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires exploitants.

Suite à l'amplification du Crédit Impôt Recherche, le III permet de supprimer l'abattement sur la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires, poursuivant le même objectif.

Pour le calcul des contributions dues en 2008, au titre de la clause de sauvegarde, le taux K est fixé à 1,4 %. Il est applicable à compter du 1^{er} janvier 2008 sur le chiffre d'affaires réalisé en 2008.

Les dispositions de ce II sont d'application directe.

Article 16 : Mesures en faveur de l'emploi des séniors

Les mesures de cet article sont dans la continuité des priorités déjà affirmées en 2003 dans le cadre de la loi portant réforme des retraites et en 2006 dans le Plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors. Elles ont pour objet :

a) de rendre moins favorable le recours aux préretraites. À cette fin :

- le taux de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les allocations de préretraite a été porté de 6,6 % à 7,5 % ;
- la contribution patronale sur les avantages de préretraite d'entreprise (article L. 137-10 du code de la sécurité sociale), auparavant égale à 24,15 %, a été portée à 50 %. Par ailleurs, cette contribution est désormais affectée à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (au lieu du Fonds de solidarité vieillesse).

Ces dispositions s'appliquent aux allocations perçues par les salariés dont la préretraite a pris effet à compter du 11 octobre 2007.

b) de dissuader le recours à la mise à la retraite d'office. À cette fin, une contribution, à la charge des employeurs, a été instaurée sur les indemnités versées en cas de mise à la retraite d'un salarié à l'initiative de l'employeur. Le produit de cette contribution, au taux de 25 % sur les indemnités versées du 11 octobre 2007 au 31 décembre 2008 et de 50 % sur les indemnités versées à compter du 1^{er} janvier 2009, est affecté à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

Ces différentes mesures ne nécessitaient pas de textes réglementaires d'application. Les précisions nécessaires ont été apportées par la circulaire N° DSS/5B/2008/66 du 25 février 2008 relative à la mise en œuvre de l'article 16 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Par ailleurs, l'article 16 a mis à la charge des employeurs une obligation de déclaration auprès de l'URSSAF du nombre de salariés partis en préretraite ou placés en cessation d'activité, mis à la retraite d'office ou licenciés âgés de soixante ans et plus au cours de l'année civile précédant la déclaration, de leur âge et du montant de l'avantage alloué.

La mise en œuvre de cette mesure pouvant difficilement être imposée aux employeurs pour le 31 janvier 2008, date limite impartie pour le retour de l'imprimé, il a été décidé de différer son application au 31 janvier 2009 pour les départs de l'entreprise des salariés âgés intervenus en 2008 (cf. circulaire précitée du 25 février 2008). L'arrêté qui, selon l'article 16, fixe le modèle de déclaration, devrait être publié au cours du quatrième trimestre 2008.

Toutefois, afin de faciliter les démarches des employeurs, des dispositions seront prises pour que les entreprises qui déclareront les informations précitées dans la déclaration annuelle des données sociales (DADS) réalisée de manière dématérialisée, soient dispensées de remplir le formulaire spécifique.

Article 17 : Assiette de la CSG lors de l'installation des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole

La contribution sociale généralisée (CSG) des personnes s'installant en qualité de chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole est calculée sur une assiette forfaitaire, cette assiette étant ensuite régularisée lorsque les résultats professionnels sont connus. Il en est de même pour les exploitants agricoles redevables pour la première fois de la cotisation de solidarité prévue à l'article L. 731-23 du code rural.

Or, les modalités de détermination de l'assiette forfaitaire conduisaient près de la moitié des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole à acquitter un montant de CSG supérieur, parfois dans des proportions importantes, à la contribution effectivement due au moment de la régularisation, entraînant ainsi de nombreux remboursements de contributions indues.

C'est pourquoi cet article a fixé à 600 SMIC l'assiette forfaitaire régularisable servant au calcul de la CSG pour les nouveaux installés, et à 100 SMIC celle servant au calcul de la CSG pour les personnes redevables de la cotisation de solidarité.

Applicable au 1^{er} janvier 2008, ces dispositions ne nécessitaient pas de textes réglementaires d'application.

Article 18 : Report de l'exonération partielle de cotisations sociales pour les jeunes agriculteurs en cas de suspension d'activité

L'article L.731-13 du code rural accorde aux jeunes chefs d'exploitation et d'entreprise agricole, pendant cinq années et sous certaines conditions, une exonération partielle des cotisations dont ils sont redevables auprès du régime de protection sociale des personnes non salariées agricoles.

Le présent article a modifié cette disposition afin que cette exonération soit suspendue et reportée pour les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole qui interrompent momentanément leur activité.

Le décret n° 2008-564 du 16 juin 2008 a fixé à 36 mois la durée maximale de l'interruption d'activité permettant aux intéressés de bénéficier du droit à la suspension et au report de l'exonération. Ce décret précise également que les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole qui se trouvent en période de cessation d'activité au 18 juin 2008, bénéficient du droit à la suspension et au report de l'exonération à condition qu'à cette même date, la cessation d'activité n'ait pas dépassé 36 mois.

Cette mesure est devenue applicable le lendemain de la publication du décret au Journal officiel.

Article 19 : Suppression des exonérations pour les organismes d'intérêt général en ZRR (zones de revitalisation rurale)

En son I, cet article abroge, à compter du 1^{er} novembre 2007, les articles 15 et 16 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux. Ces articles avaient instauré une exonération de cotisations patronales de sécurité sociale en faveur des associations et des organismes d'intérêt général implantés dans les zones de revitalisation rurale. Or, cette exonération présentait un caractère très large par rapport au droit commun puisqu'elle n'était ni limitée dans le temps, ni dégressive en fonction de la rémunération et qu'elle s'appliquait, en outre, à l'ensemble des salariés et non aux seules embauches comme pour les entreprises situées dans les mêmes zones.

Toutefois, afin de limiter les répercussions sur les organismes concernés, le même article 19 prévoit que le dispositif spécifique est maintenu pour tous les contrats de travail conclus avant le 1^{er} novembre 2007. En outre, les salariés embauchés après cette date pourront bénéficier de la mesure d'exonération de droit commun prévue à l'article L. 131-4-2 du code de la sécurité sociale et qui était jusqu'alors réservée aux entreprises implantées dans ces zones. Au terme de la durée d'application de cette exonération, les salariés de ces organismes, à l'exception de ceux des hôpitaux et des établissements d'enseignement public, ouvriront droit à l'allègement général des cotisations patronales, dit « réduction Fillon », qui donne lieu à une exonération de cotisations patronales de sécurité sociale pouvant atteindre 28,1 points au niveau du SMIC.

Applicable au 1^{er} janvier 2008, cette réforme ne nécessitait pas de textes réglementaires d'application.

Article 20 : Expérimentation relative à la création de cotisations forfaitaires de sécurité sociale pour les petites activités dans les quartiers défavorisés

Afin de favoriser l'intégration sociale par le travail et de diminuer les activités non déclarées, l'article 20 prévoit, pour une période temporaire, une affiliation au régime général des personnes exerçant une activité économique réduite à fin d'insertion et bénéficiant d'un accompagnement en matière administrative et financière assuré par une association agréée. Ce dispositif est ouvert jusqu'au 31 décembre 2010.

L'article renvoie à un décret le soin de fixer les éléments suivants : la liste des activités éligibles, les modalités de déclaration de l'activité à l'organisme consulaire concerné, la durée maximale de l'affiliation, les conditions d'agrément et de rémunération des associations et le montant des revenus tirés de l'activité visée en deçà duquel est ouvert le bénéfice de l'affiliation.

Les caisses nationales de sécurité sociale ont été saisies pour avis de ce projet de décret, ainsi que d'un projet d'arrêté fixant un montant forfaitaire des cotisations de sécurité sociale dues au titre de ces activités économiques réduites. Elles se sont prononcées cet été. La signature et la publication de ces textes devraient intervenir en octobre.

Article 22 : Suppression des exonérations de cotisations accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP)

Afin de poursuivre la logique de responsabilisation des entreprises face aux risques liés à la santé et à la sécurité au travail rencontrés par leurs salariés – logique amorcée par l'article 143 de la loi de finances pour 2007 qui avait supprimé l'exonération des cotisations patronales accidents du travail et maladies professionnelles associée aux contrats d'apprentissage et aux contrats de professionnalisation conclus à compter du 1^{er} janvier 2007 – l'article 22 supprime les exonérations de cotisations accidents du travail et maladies professionnelles de l'ensemble des dispositifs d'exonération totale.

La circulaire n° DSS/5B/2008/27 du 30 janvier 2008 relative à la suppression des exonérations de cotisations accidents du travail et maladies professionnelles et portant application de l'article 22 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 est venue préciser les modalités d'application de cet article, et notamment son champ d'application.

Article 23 : Aménagement de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)

Cet article a pour objet de redonner toute sa portée à la volonté du législateur qui entendait rendre imposable à la C3S l'ensemble des organismes publics qui exercent leur activité de façon concurrentielle. Il ajoute également à la liste des entreprises assujetties à la contribution, les sociétés européennes dont le siège social est en France, instituées par le règlement CE n° 2157/2001 du Conseil du 8 octobre 2001, entré en vigueur le 8 octobre 2004.

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

Article 24 : 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, l'article 24 a prévu la non-compensation des cinq mesures suivantes :

- franchise de cotisations et contributions de sécurité sociale applicable aux arbitres et juges sportifs : l'instauration de cette franchise, codifiée à l'article L. 241-16 du code de la sécurité sociale, a essentiellement eu pour objet de donner une existence juridique certaine à une pratique antérieure ;
- attribution d'actions gratuites : alloué en contrepartie de l'activité professionnelle, le dispositif d'actions gratuites ne s'en situe pas moins à la charnière du salariat et de l'actionnariat. Ainsi, les actions gratuites sont, au moment de leur cession, assujetties aux prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine (soit 11 %), ce qui justifie que l'exclusion d'assiette dont elles bénéficient au moment où elles sont allouées au salarié ne soit pas compensée ;

- transfert des personnels enseignants et de documentation des établissements d'enseignement privé du régime général au régime des fonctionnaires pour les risques maladie, maternité, invalidité, décès et AT-MP : la perte de recettes liée à ce transfert, effectif à compter du 1^{er} septembre 2005, n'est pas de même nature qu'une mesure d'exonération des cotisations de sécurité sociale ;
- CESU préfinancé : le dispositif d'aide accordée aux salariés par le comité d'entreprise ou l'employeur a été modifié par la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne. Il n'en demeure pas moins que le CESU préfinancé s'inscrit dans la continuité du dispositif précédemment existant, lui-même non compensé ;
- intéressement de projet / supplément d'intéressement et supplément de réserve spéciale de participation : ces dispositifs, instaurés par la loi du 31 décembre 2006 pour le développement de la participation et de l'actionnariat salarié, s'inscrivent dans le respect des règles applicables à l'intéressement et à la participation (notamment : respect du caractère collectif; versement dans la limite des plafonds légaux), dispositifs eux-mêmes non compensés.

Cet article ne nécessitait pas de textes réglementaires d'application.

Article 27 : Exonération de cotisations pour l'adhésion à l'assurance volontaire pour les expatriés en faisant la demande en 2008

Cet article a suspendu, pour toutes adhésions réalisées au cours de l'année 2008, l'obligation de s'acquitter du droit d'entrée normalement prévu pour les Français expatriés qui adhèrent, au delà de 2 ans après leur expatriation, à l'assurance maladie-maternité proposée par la Caisse des Français de l'étranger (CFE). Ce droit d'entrée, égal au montant des cotisations afférentes à la période écoulée depuis le début de l'expatriation, dans la limite de 2 ans, a été prévu afin d'éviter les adhésions à «risque ouvert», la CFE étant une caisse d'assurances volontaires.

La suspension temporaire de ce droit d'entrée avait pour objectif de renforcer l'attractivité de l'assurance maladie-maternité offerte par la CFE. L'impact de cette mesure sur le nombre d'adhésions supplémentaires en 2008 ne pourra être mesuré qu'en 2009.

Cette disposition s'est inscrite dans le cadre de plusieurs mesures visant à faciliter les adhésions à la CFE : une baisse du taux des cotisations maladie, maternité, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles des salariés expatriés est ainsi intervenue par décret au début de l'année 2008.

La mesure était d'effet immédiat au 1^{er} janvier 2008.

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

Article 34 : Dispositions relatives aux opérations d'arrêté et de certification des comptes

Le I de cet article, codifié à l'article L. 114-6-1 du code de la sécurité sociale, prévoit que « Les règles d'établissement et d'arrêté des comptes annuels ainsi que des comptes combinés sont communes à l'ensemble des régimes et organismes de sécurité sociale. Un décret en Conseil d'État définit les compétences respectives des organes de direction et de l'instance délibérative compétente, et précise leur rôle, notamment au regard des missions de certification des comptes prévues aux articles L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières et L. 114-8 du présent code. » La réforme s'inscrit dans le prolongement des modifications organisationnelles apportées par le dispositif de validation des comptes, la disparition des COREC et la suppression de l'approbation administrative des comptes.

Il doit être produit un décret en Conseil d'État, un décret simple et un arrêté portant réforme des règles de « gouvernance comptable » de l'ensemble des régimes et organismes de sécurité sociale (régimes obligatoires de base et ceux concourant à leur financement) qui repose ce jour sur différents niveaux de textes emportant un toilettage très important des textes actuels.

Les projets de décret en Conseil d'État et de décret simple, pris en application de l'article L. 114-6-1 du code de la sécurité sociale ont été soumis à l'avis du Haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale lors de sa réunion du 9 septembre. La saisine de la section sociale du Conseil d'État est programmée début octobre.

Le schéma cible est le suivant : « Les comptes annuels ainsi que les comptes combinés des organismes et régimes de sécurité sociale sont établis par l'agent comptable et arrêtés par le directeur. Les comptes annuels et les comptes combinés sont ensuite présentés par le directeur et l'agent comptable au conseil d'administration, instance ou commission délibérative compétente qui statue alors sur leur approbation ;

- 1) après avoir pris connaissance du rapport de certification prévu à l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières pour ce qui concerne les comptes faisant l'objet de la certification prévue au même article ;
- 2) après avoir pris connaissance de l'opinion émise par l'instance chargée de la certification pour ce qui concerne les comptes qui font l'objet de la certification prévue à l'article L. 114-8 du présent code. »

Ces textes seront ainsi applicables, comme prévu par la loi, au printemps 2009 pour l'arrêté des comptes de l'exercice 2008.

Les dispositions introduites par le II de l'article 34 visent à compléter les règles relatives à la mission légale de certification des comptes par les commissaires aux comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que les branches et l'activité du recouvrement du régime général, ainsi que de ceux des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes en levant le secret professionnel, à l'intention des autorités de tutelle et de celles investies de l'approbation des comptes annuels.

II. Dispositions relatives aux dépenses pour 2008

Section 1 - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 36 : Stabilisateurs automatiques

Le délai d'observation de 6 mois avant l'entrée en vigueur des mesures conventionnelles de revalorisations des honoraires a été mis en œuvre pour la 1^{re} fois pour l'avenant n° 7 à la convention des orthoptistes, approuvé en mai 2008. Les revalorisations entreront en vigueur le 27 novembre 2008. Le nouveau dispositif s'applique aussi à la revalorisation prévue à l'avenant n° 5 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés.

Le II de l'article prévoyant la suspension des revalorisations et report au plus tard au 1^{er} janvier de l'année suivante n'a pas encore été utilisé, le Comité d'alerte n'ayant pas déclenché en mai 2008⁽¹⁾ la procédure du même nom.

L'association croissante de l'UNOCAM aux décisions conventionnelles est entrée en application, l'UNCAM ayant entrepris les transmissions nécessaires pour ses projets postérieurs au

(1) Avis n° 6 du 30 mai 2008

1^{er} janvier 2008 en amont des transmissions aux ministres de la santé et de la sécurité sociale. L'alerte n'ayant pas été déclenchée, l'UNOCAM n'a en revanche pas eu à faire connaître ses propositions quant au redressement de l'assurance maladie et l'UNCAM n'a pas eu à centraliser les propositions des 3 régimes.

Article 37 : Extension de la mise sous accord préalable à l'ensemble des actes et produits prescrits par les médecins généralistes et spécialistes

La procédure de mise sous accord préalable (MAP) issue de la loi de réforme de 2004 permet de subordonner à l'acceptation du contrôle médical les prescriptions d'arrêt de travail et de transports des forts prescripteurs pendant une durée limitée (6 mois maximum).

En premier lieu, l'article 37 a étendu le champ de cette possibilité de MAP aux prescriptions d'actes, produits ou prestations (pris individuellement ou par groupes) et à la réalisation des actes des praticiens, ainsi qu'aux médecins prescrivant systématiquement des transports en ambulance et jamais en VSL. Un décret simple publié le 1^{er} juillet 2008 précise la notion de groupe d'actes, produits et prestations en s'appuyant sur les nomenclatures existantes pour déterminer les regroupements possibles. S'agissant des médicaments par exemple, les notions de principe actif et de classe thérapeutique ont été retenues.

En second lieu, cet article a permis que soit prononcée une pénalité financière de l'article L.162-1-14 en cas d'obstacle volontaire à la procédure de mise sous accord préalable. Cette disposition nécessite un décret d'application. Ce projet de décret sera transmis au Conseil d'État prochainement.

Enfin, l'article 37 a prévu d'instaurer une procédure de mise sous accord préalable les établissements pour lesquels il est constaté, sur les actes pouvant donner lieu à hospitalisation sans hébergement, un fort taux d'hospitalisation complète. Cette mesure est d'application directe. Une lettre réseau de la CNAMTS a été adressée aux différents services de l'assurance maladie le 6 juin 2008 pour activer cette procédure, identifier les établissements en retard sur le développement de la chirurgie ambulatoire et saisir les Agences régionales de l'hospitalisation. Une brochure d'information destinée aux assurés présentant les avantages de la chirurgie sans hospitalisation a été élaborée.

Article 38 : Prise en charge par l'assurance maladie des frais de transport en taxi

Le nouveau dispositif remplace la prise en charge sur la base des tarifs préfectoraux de droit commun ou de conventions locales facultatives passées avec l'assurance maladie et instaure une obligation de conventionnement avec l'assurance maladie pour les taxis, dans le respect d'une convention-type établie par décision du directeur général de l'UNCAM, elle-même soumise à avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives.

Les négociations entre l'UNCAM et les organisations professionnelles ont abouti en juin et ont fixé une fourchette haute et basse de rabais par rapport aux tarifs préfectoraux. La convention-type établie par décision du directeur général de l'UNCAM a été publiée au journal officiel du 23 septembre 2008.

Une fois la convention-type établie et publiée, un délai pour son adaptation locale entre les entreprises de taxi et les caisses d'assurance maladie est indispensable. L'entrée en vigueur à la date initialement prévue n'est pas envisageable sans risque d'interruption dans la prise en charge pour les assurés sociaux. C'est la raison pour laquelle l'UNCAM a sollicité un report pour cette entrée en vigueur et le prolongement, jusqu'à la fin du mois d'octobre 2008, des conditions de prises en charge antérieures à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Article 39 : Dépassements d'honoraires (information des patients et contrôles)

Un projet d'arrêté fixant le seuil à 80 €, tous types d'actes confondus, au-delà duquel le professionnel de santé (toutes professions confondues) doit remettre une information écrite préalable au patient a été présenté au Conseil de la CNAMTS fin mai 2008, qui a souhaité que le seuil soit fixé plus bas, afin de mieux prendre en compte les dépassements appliqués aux consultations. La concertation s'est donc poursuivie et le seuil a finalement été fixé à 70 €. L'arrêté est en cours de publication. Une campagne d'information accompagnera la publication de cet arrêté auprès des professionnels et des assurés. Il est prévu qu'un modèle de devis soit mis en ligne sur le site www.ameli.fr à disposition des professionnels de santé et qu'une des prochaines lettres aux assurés leur rappelle les droits en matière de dépassements et d'obligation des professionnels.

L'inobservation de l'obligation d'information préalable pourra, sur plainte de l'assuré, faire l'objet d'une pénalité proposée par la commission réunissant à parité représentants de l'assurance maladie et médecins, et prononcée par le directeur de la CPAM. La mise en œuvre de cette pénalité fait l'objet d'un projet de décret en Conseil d'État en cours de concertation.

Concernant l'obligation d'affichage, un décret en Conseil d'État piloté par la DGCCRF a été soumis à la consultation du Conseil national de la consommation (CNC) le 29 mai 2008 et sera prochainement examiné au Conseil d'État. Une vague de contrôles de la DGCCRF sera lancée en 2009. L'obligation d'affichage portera sur les honoraires des actes et consultations les plus couramment pratiqués par le professionnel de santé, en regard des tarifs opposables. Le décret définit également l'information que le praticien doit afficher et qui précise sa situation vis-à-vis du conventionnement (secteur 1 ou 2, non conventionné, partiellement soumis aux tarifs opposables). Enfin, les sanctions qui sont proposées sont administratives, le caractère pénal des sanctions précédemment prévues les rendant de fait très difficilement applicables.

Le II de l'article 39 donne la possibilité au contrôle de la liquidation des caisses d'assurance maladie de vérifier les dépassements. C'est un élément qui permet de vérifier les dépassements illégaux ou abusifs et ensuite de les sanctionner.

Article 40 : Vaccination contre la grippe par les infirmières diplômées d'État

Deux décrets sont nécessaires pour permettre l'application de la loi : le 1^{er} décret vient élargir la liste des actes que peuvent réaliser les infirmières sans le contrôle d'un médecin et sans prescription préalable à la vaccination anti-grippale, sauf primo vaccination. Un arrêté précise les populations que les infirmières ne peuvent pas vacciner (enfants et personnes atteintes du VIH). Le 2^e décret permet la prise en charge à 100 % (pour les populations de la recommandation vaccinale, ALD et plus de 65 ans) du vaccin sans prescription du médecin. Les 2 décrets et l'arrêté ont été publiés au journal officiel du 2 septembre 2008.

Une vaste campagne de communication envers les professionnels et les patients pour lesquels la vaccination est recommandée accompagne la campagne de vaccination 2008.

Article 41 : Mission médico-économique de la Haute Autorité de santé

Cet article complète les missions dévolues à la Haute Autorité de santé (HAS) en précisant que celle-ci émet dans le cadre de ses missions, « des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces ».

La Ministre, dans sa lettre de priorités pour 2008 datée du 7 avril, a souhaité que la HAS investisse sans délai cette nouvelle mission médico-économique. Ainsi, la HAS doit examiner les stratégies thérapeutiques les plus efficaces pour les pathologies comme l'hypertension artérielle,

l'hypercholestérolémie (statines) ou l'ulcère (inhibiteurs de la pompe à protons). Des premières conclusions sur l'intérêt relatif des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) versus sartans dans la prise en charge de l'hypertension artérielle seront très prochainement publiées.

La démarche a pour but d'établir des recommandations hiérarchisées en fonction de l'efficacité dans chacune des indications listées, sous la forme la plus opérationnelle possible (arbre décisionnel, chemin clinique...) afin d'en faciliter la lecture et l'utilisation pour le médecin prescripteur.

Article 43 : Évolution des dispositions conventionnelles (contrat d'adhésion individuel et réforme de l'accès au secteur 2)

Le décret n°2008-593 du 23 juin 2008 fixe à 1 mois le délai d'opposition dont dispose les ministres de la santé et de la sécurité sociale pour s'opposer au contrat-type transmis par l'UNCAM.

L'UNCAM a élaboré un projet de contrat-type qui a été présenté aux syndicats médicaux. Il sera ensuite soumis à l'Ordre des médecins, à l'Académie de médecine et à la HAS car le contrat comprend des objectifs et des indicateurs de santé publique et de prévention, en sus des objectifs de maîtrise médicalisée et de responsabilité médico-économique. Il faut souligner l'importance de bien établir l'équilibre économique du contrat, au moins à court-moyen terme.

Il devrait donc pouvoir être proposé aux médecins à l'automne 2008, avec un objectif de 3 000 contrats signés avant la fin de l'année 2008 ; l'essentiel du déploiement devrait intervenir toutefois en 2009.

Les principaux éléments du contrat porteront sur :

- la promotion de la prévention et du dépistage ;
- l'amélioration des pratiques, notamment dans le suivi des pathologies chroniques ;
- une option, qui serait laissée à la négociation locale, relative à l'organisation du cabinet ;
- une rémunération significative serait attribuée en fonction des améliorations constatées dans les pratiques.

L'article 43 comprend également un alinéa d'application directe permettant de sécuriser les objectifs de maîtrise médicalisée sur les génériques inclus dans les conventions. Il précise également que les engagements conventionnels sur les prescriptions doivent être exprimés en volume, afin d'éviter que l'effet baisse de prix ne soit mis au crédit des professionnels prescripteurs. Cette mesure n'a pas encore trouvé d'application.

Article 44 : Nouveaux modes de rémunération et expérimentation de la permanence des soins

Deux décrets simples sont nécessaires, principalement procéduraux, pour fixer notamment le rôle des missions régionales de santé (MRS). Ils ne sont pas l'occasion de définir ce que doit être une maison de santé ou même le détail d'un mode de rémunération expérimental. Ils vont très prochainement être soumis à la concertation.

La phase préparatoire au lancement de ces expérimentations, qui nécessitent une large concertation, est déjà avancée. Les MRS ont été sensibilisées dès le 5 février 2008 par la ministre de la santé. Certaines se sont d'ailleurs spontanément manifestées afin d'être expérimentatrices.

Pour les expérimentations des nouveaux modes de rémunération :

- Janvier- Avril 2008 : Un groupe de travail a été monté qui s'est réuni pendant 4 mois jusqu'à la convocation d'un **comité de pilotage** comprenant des représentants des professionnels et des MRS qui s'est réuni le 15 mai dernier ;

- Le **cahier des charges** de l'expérimentation, détaillant les caractéristiques minimales attendues des expérimentateurs (exercice pluri professionnel, projet de santé, informatisation, etc.) a été envoyé début juillet aux MRS afin qu'elles lancent l'appel à projets. 12 MRS sont candidates, soit un total de 65 sites dont 29 maisons de santé pluri-professionnelles, 3 pôles de santé, 3 réseaux de santé et 27 centres de santé. Les sites seront définitivement choisis en octobre ;
- Parallèlement au recrutement des candidats, un consultant, recruté par la direction de la sécurité sociale (DSS), a été chargé de proposer un 1^{er} cadrage global du **modèle économique** de rémunération alternative au paiement à l'acte intégral ;
- Dernier trimestre 2008 : Déclinaison et adaptation du modèle économique en fonction des spécificités des sites expérimentateurs, mise en place des systèmes d'informations et à la communication avec les patients. Un accompagnement sera apporté sur le terrain aux expérimentateurs, par la MRS et par un consultant ;
- Démarrage effectif de l'expérimentation en janvier 2009.

En ce qui concerne les **expérimentations de permanence des soins**, des crédits ont été provisionnés sur la part nationale du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) à hauteur de 5 M€. Ce montant suffira à faire débiter l'expérimentation sur 2 à 3 régions en 2^e partie d'année 2008. Une enveloppe plus importante devra être prévue pour 2009.

Article 45 : Pénalisation en cas de non télétransmission

L'UNCAM dispose d'un an à partir de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 pour négocier avec les partenaires conventionnels la pénalisation de la non-télétransmission d'un volume fixé de feuilles de soins. À l'issue de ce délai, c'est le directeur général de l'UNCAM qui fixe seul la pénalisation (contribution forfaitaire).

Ce point fait partie des orientations données au directeur général de l'UNCAM par son Conseil en juin 2008. Les négociations sont en cours. Il n'est pas impossible qu'elles aboutissent avant la fin de l'année.

Articles 46, 47 et 48 : Régulation démographique des professionnels de santé

Les articles 46, 47 et 48 de la loi de financement de la sécurité sociale 2008 concernent les modalités de régulation démographique des professionnels de santé.

La 1^{re} partie de l'article 46 fixe le cadre général du zonage que doivent réaliser les Missions régionales de santé (MRS) pour toutes les professions de santé. Un arrêté définissant les critères utilisés pour le zonage est nécessaire pour chaque profession de santé. Une circulaire du 14 avril 2008 n° DHOS/DSS/DREES/UNCAM/2008/130 a été adressée aux MRS pour l'actualisation du zonage des médecins généralistes. Pour les infirmiers, l'arrêté est en cours de concertation. Les critères retenus prendront en compte l'offre infirmière libérale et l'offre de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Enfin, le travail se poursuivra ensuite pour les autres professions dont la répartition est moins inégale.

La 2^e partie de l'article 46 concerne les mesures conventionnelles d'amélioration de la répartition des infirmières sur le territoire. Les négociations entre l'UNCAM et les syndicats infirmiers relatives aux mesures incitatives et désincitatives d'installation des infirmières libérales sur le territoire conditionnant l'obtention de la 2^e tranche de revalorisations tarifaires ont abouti le 4 septembre 2008 à la signature d'un avenant à la convention approuvée en juillet 2007. Il prévoit l'impossibilité pour une infirmière de se conventionner dans une zone surdotée si une collègue

n'a pas auparavant quitté la zone. L'incitation à s'installer ou rester en zone très sous-dotée se traduit quant à elle par la formalisation d'un contrat « santé-solidarité » qui permet à l'infirmière de recevoir, sous condition d'exercice en groupe, une subvention de l'assurance maladie traduisant une participation à l'équipement et aux frais de fonctionnement du cabinet, ainsi qu'une prise en charge partielle des cotisations d'allocations familiales.

L'article 47 permet également de négocier par voie conventionnelle des mesures de régulation démographique pour les chirurgiens dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux et les masseurs-kinésithérapeutes. Cet article n'a, pour le moment, pas encore trouvé à s'appliquer, les négociations ayant essentiellement concerné les infirmières et les médecins.

Enfin l'article 48, instaure cette possibilité de régulation de l'offre par voie conventionnelle aux médecins. Le 22 mai dernier, le Conseil de l'UNCAM a donné un mandat de négociation au directeur de l'UNCAM, dans la ligne des propositions faites par la ministre en clôture des États généraux de l'organisation de la santé. Les négociations avec les syndicats médicaux, y compris les représentants des jeunes médecins, des étudiants et des internes de médecine, sont actuellement en cours sur ce sujet. L'objectif est de favoriser le maintien et l'installation des médecins généralistes en zones très sous dotées et la solidarité professionnelle en incitant les médecins des zones surdotées à prêter leur concours à leurs collègues des zones très sous dotées pour pallier les besoins de santé non couverts. Dans cette optique, l'information des professionnels de santé et des internes serait améliorée, leurs conditions d'installation seraient facilitées et les conditions d'une solidarité géographique et professionnelle seraient créées.

Article 50 : Devis détaillé pour audioprothèses

Un décret actuellement en cours de contreseing, précise la présentation et les éléments obligatoires du devis normalisé que devra présenter l'audioprothésiste au patient. Il a été préalablement concerté avec les professionnels et les associations de patients.

Article 51 : Pénalités

L'article 51 permet de sanctionner par des pénalités financières les professionnels qui ne respectent pas le devoir d'information préalable des patients réaffirmé par la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2008 en son article 39. Il introduit également la possibilité pour les directeurs de CPAM d'infliger des pénalités aux médecins facturant des dépassements au-delà du tact et de la mesure. Le décret d'application indiquant le barème des pénalités applicables sera transmis au Conseil d'État prochainement.

Cet article a étendu la procédure aux fournisseurs et autres prestataires de services. On entend par prestataires de services notamment les transporteurs sanitaires et les taxis. Le décret mentionné ci-dessus intégrera les modifications nécessaires à la partie réglementaire pour mise en œuvre des pénalités par les caisses.

Par ailleurs, il convient de souligner que ce projet de décret porte également les dispositions d'application du II de l'article 110 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2008 qui étend aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé le dispositif de pénalités financières, tout en prévoyant des dispositions adaptées à la situation particulière de cette population.

Enfin, afin de renforcer la répression des transporteurs sanitaires réalisant des transports sans les agréments ou autorisations requis, l'amende prévue dans ce cas a été renforcée, passant de 3 750 € à 8 000 €. Cette peine d'amende est prononcée par le juge répressif, elle est d'ores et déjà applicable, seul son montant ayant été modifié.

Article 52 : Franchises sur le remboursement des médicaments, des actes paramédicaux et des transports sanitaires

Cet article a instauré une nouvelle participation à la charge des assurés. Il a ainsi créé un dispositif de franchise sur les médicaments, les actes des auxiliaires médicaux et les transports sanitaires. Ce dispositif a été codifié au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

Le décret d'application de cette disposition a été publié le 30 décembre 2007 (décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007). Ce décret a fixé les montants de la franchise à 0,50 € par boîte de médicaments et pour chaque acte effectué par un auxiliaire médical et à 2 € par transport.

Pour ne pas pénaliser les personnes les plus malades et pour limiter la dépense restant à la charge de l'assuré, la loi a prévu de plafonner le montant annuel de franchises applicables à l'assuré. Le montant de ce plafond a été fixé par le décret du 19 décembre 2007 à 50 € par an et par assuré.

En outre, un dispositif de plafonnement journalier s'applique lorsque plusieurs actes sont effectués par un auxiliaire médical au cours d'une même journée sur un même patient ainsi que sur les transports. Le montant du plafonnement journalier est de 2 € pour les actes des auxiliaires médicaux et de 4 € pour les transports.

Enfin, une circulaire élaborée en concertation avec les régimes d'assurance maladie est venue préciser les modalités du dispositif (circulaire DSS/2A/2008/179 du 5 juin 2008).

Conformément aux dispositions de l'avant dernier alinéa de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, le Gouvernement va transmettre au Parlement un rapport sur la mise en œuvre des franchises.

Article 53 : Délivrance de grands conditionnements de médicaments pour les traitements longs

La mesure est d'application directe. Les médicaments en grands conditionnements sont inscrits sur la liste des médicaments remboursables dans les domaines de l'hypercholestérolémie, de l'hypertension, du traitement oral de l'ostéoporose et du diabète.

Ces produits ont été peu délivrés en 2007 en raison de la faible demande. Mais, depuis la fin de l'année 2007, on constate une augmentation importante de la vente de tels conditionnements, probablement en raison de la mise en place au 1^{er} janvier 2008 d'une franchise par boîte.

Article 54 : Bénéfice de la CMU-C subordonnée à la désignation d'un médecin traitant

L'article 54 prévoit que lorsqu'un bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) consulte hors parcours de soins, il perd d'une part le bénéfice de la dispense d'avance de frais et d'autre part supporte la participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire le ticket modérateur.

La mise au point de la rédaction du décret d'application a nécessité une concertation approfondie avec la CNAMTS, de façon à définir les modalités selon lesquelles les professionnels de santé pourraient être utilement informés de la situation du bénéficiaire de la CMUc au regard des dispositions de l'article 54, et notamment du bénéfice de la dispense d'avance de frais. Cette concertation a abouti à l'édition par la CNAMTS d'attestations mentionnant si le bénéficiaire de la CMUc dispose ou non de la dispense d'avance de frais.

Le conseil de la CNAMTS a donné son avis le 27 août sur le décret d'application. Toutefois, des difficultés techniques de mise en œuvre existent dans la mesure où, aux termes de la solution retenue par le décret, il incombe au professionnel de santé de s'assurer systématiquement que

le bénéficiaire de la CMUc dispose du tiers payant, cette vérification conditionnant la garantie de paiement de ses honoraires. Un travail d'élaboration supplémentaire doit donc être conduit, en lien avec les professionnels de santé, pour mettre en place un système d'attestations adapté.

Article 55 : Dossier médical personnel

Cet article relatif au dossier médical personnel précise notamment ses conditions de conservation en cas de clôture du dossier et de décès de son titulaire, la création et les fonctions du portail unique dématérialisé destiné aux patients et aux professionnels de santé, les droits d'accès aux informations par les professionnels de santé et le droit de masquage des informations par les patients ainsi que les modalités de fixation de la tarification des services d'hébergement des dossiers.

L'application de l'article 55 nécessite un décret en Conseil d'État pris après avis motivé et publié de la CNIL. Le projet de décret a fait l'objet d'une saisine institutionnelle et de la CNIL en avril 2007. Il n'a pas été donné suite à ce projet de texte réglementaire dans la mesure où le Gouvernement a fait procéder à une revue de projet du dossier médical personnel pour décider en 2008 des conditions optimales de sa mise en œuvre. Des expérimentations seront réalisées jusqu'en 2010 en associant étroitement les professionnels de santé, afin de procéder à une généralisation progressive du dossier médical personnel sur une période estimée aujourd'hui à dix ans.

Article 56 : Dossier pharmaceutique

L'article L.161-36-4-2 du code de la sécurité sociale prévoit la création pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie, avec son consentement, d'un dossier pharmaceutique afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins et la sécurité de la dispensation des médicaments, produits et objets définis à l'article L.4211-1 du code de la santé publique.

Tout pharmacien d'officine (ce qui exclut dans un premier temps les pharmaciens hospitaliers et donc les médicaments dispensés lors d'une rétrocession), est tenu d'alimenter le dossier pharmaceutique (DP) à l'occasion de la dispensation, sauf opposition du bénéficiaire de l'assurance maladie.

Un décret en Conseil d'État précise le contenu du DP, les conditions d'accès et les modalités d'utilisation. Un projet de texte a fait l'objet d'un avis de la CNIL en juillet. Le Conseil d'État va l'examiner très prochainement.

Le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (CNOP) pilote depuis le 15 mai 2007, auprès de pharmaciens volontaires, une expérimentation (phase pilote) autorisée par la CNIL : menée initialement dans six départements (Doubs, Meurthe-et-Moselle, Nièvre, Pas-de-Calais, Rhône, et Seine-Maritime), elle concerne depuis le 14 février 2008, avec autorisation de la CNIL, deux nouveaux départements (Hauts-de-Seine et Yvelines).

Cette phase pilote a permis de tester le bon fonctionnement technique du dispositif (intégration du DP aux logiciels de gestion d'officine) et d'évaluer l'usage et l'appropriation du DP tant par les pharmaciens que par les patients. Au 25 mai 2008, 1 070 officines sont équipées. Elles ont créé 345 000 dossiers pharmaceutiques. Cette phase pilote doit s'achever mi août 2008, le CNOP espère alors pouvoir généraliser le dispositif.

Article 57 : Coordination inter-régimes en matière d'assurance maladie, maternité et décès – Amélioration du régime maternité des femmes chefs d'entreprise – Condition d'exonération du ticket modérateur pour les assurés pris en charge au titre des affections de longue durée

L'article 57 de la LFSS pour 2008 regroupe plusieurs mesures relatives à l'assurance maladie et à l'assurance maternité :

- la totalisation « tous régimes » des périodes travaillées ou cotisées en matière d'assurances maladie – maternité, afin de ne pas pénaliser la mobilité professionnelle (57 I) ;

- la création d'un congé maternité prénatal obligatoire pour les femmes exerçant une profession indépendante (y compris les avocates) relevant du régime social des indépendants (57 II) ;
- l'alignement de la durée du congé maternité des agricultrices sur celle des salariées (57 III) ;
- l'extension aux agricultrices du congé maternité spécifique en cas de grossesse pathologique liée à une exposition in utero au DES (57 IV) ;
- l'extension aux professions indépendantes et libérales du congé maternité spécifique en cas de grossesse pathologique liée à une exposition in utero au DES (57 V) ;
- la définition des modalités de reconnaissance des ALD ne figurant pas sur la liste des 30 affections de longue durée mais donnant toutefois droit à la suppression de la participation de l'assuré aux frais de soins (57 VI).

S'agissant de la coordination inter régimes en matière d'assurances maladie – maternité (article 57 I), le décret en Conseil d'État a fait l'objet d'échanges techniques avec les différents régimes. Il est actuellement soumis à la validation des ministres concernés et sera transmis au Conseil d'État prochainement.

La mesure maternité en faveur des femmes exerçant une activité indépendante prévue au II de l'article 57 nécessite, pour sa mise en œuvre, un décret simple qui est en préparation.

Les mesures prévues au III et au IV de l'article 57, relatives à la protection maternité des agricultrices, ont fait l'objet de deux décrets publiés au journal officiel du 7 juin 2008 (décret n° 2008-536 et décret n° 2008-537 du 5 juin 2008).

L'extension du congé maternité DES aux professions indépendantes et libérales (article 57 V) est d'application immédiate et est entrée en vigueur dès la publication de la loi.

Enfin, la mise en œuvre de la mesure relative aux ALD hors liste prévue au VI de l'article 57 fait l'objet d'un décret en Conseil d'État qui est en cours de contreseing.

Article 59 : Restructuration du tissu officinal

L'article 59, d'application immédiate, a pour objectif d'améliorer le maillage officinal. La France dispose de la plus forte densité officinale au sein de l'Union européenne ce qui se traduit par la présence d'un grand nombre de petites pharmacies qui ont des difficultés pour assurer un service satisfaisant pour les patients (présence pharmaceutique, disponibilité, conseils, écoute, stock suffisant, formation continue, maîtrise des prix, etc.) tout comme d'ordre financier. Il est donc apparu nécessaire de préserver un maillage adapté aux besoins de la population, mais également d'optimiser la répartition territoriale en autorisant les regroupements ou les transferts des petites officines sur l'ensemble du territoire en cas de besoin non satisfait.

Ces mesures, qui ont recueilli l'accord des syndicats professionnels et de l'Ordre des pharmaciens, ainsi que de nombreux élus locaux, doivent permettre à chaque officine de disposer d'un volant d'activité suffisant pour offrir un service pharmaceutique répondant aux exigences modernes de qualité et diminuer les coûts de la distribution pharmaceutique assumés par l'assurance maladie.

L'impact de ces mesures sur réseau officinal ne sera mesurable qu'à compter du 2^e trimestre 2009.

Article 60 : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)

La France, l'Espagne et la Généralité de Catalogne ont décidé conjointement de la construction d'un hôpital commun transfrontalier à Puigcerda, situé en territoire espagnol mais accessible à l'ensemble de la population française. L'article 60 permet la prise en charge par le FMESPP des investissements à la charge de la France.

Sur le second point, l'article 60 dote le FMESPP à hauteur de 301 M€ pour l'année 2008.

Article 61 : Haute Autorité de la santé (HAS)

Au titre des ressources de la HAS mentionnées à l'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale figure notamment une contribution financière due par les établissements de santé à l'occasion de la procédure d'accréditation prévue par les articles L. 6111-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique. À la demande de la HAS et dans un souci de simplification, l'article 61 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2008 a modifié les modalités de versement de cette source de financement : désormais cette contribution sera versée dans le cadre de la dotation de l'assurance maladie.

La dotation de l'assurance maladie est donc désormais constituée de deux parts :

- une dotation de fonctionnement (double du montant de la subvention État) ;
- la dotation relative à la contribution des établissements dans le cadre de la procédure de certification.

Cela a été mis en œuvre pour le budget 2008

Article 62 : Tarification à l'activité

62 I et III (*sur le financement à 100 % de la tarification à l'activité pour les établissements anciennement sous dotation globale*) :

Pour l'application de cette mesure, le décret en Conseil d'État (n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé) :

- précise les modalités de calcul des coefficients de transition propres à chaque établissement, ainsi que leurs modalités d'application ;
- confie au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation le soin d'arrêter la valeur du coefficient de transition de chaque établissement, les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence et le coefficient modulé de chaque établissement ;
- détermine les modalités de calcul des tarifs nationaux des prestations d'hospitalisation applicables du 1^{er} janvier au 29 février 2008.

L'arrêté du 23 janvier 2008 fixe les conditions de transmission et valorisation de l'activité des établissements de santé antérieurement sous dotation globale, par l'agence régionale de l'hospitalisation.

Le décret fixant les modalités de passage à la tarification à l'activité des hôpitaux du service de santé des armées sera publié avant la fin de l'année 2008.

2 X (sur le plan de redressement)

Pour l'application de cette mesure, le décret n° 2008-621 du 27 juin 2008 relatif à la définition des critères de déséquilibre financier des établissements de santé définit les critères de déséquilibre financier au vu desquels le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande au conseil d'administration d'un établissement public de santé ou à l'organisme gestionnaire d'un établissement de santé privé participant au service public hospitalier ou d'un établissement privé ayant opté pour la dotation globale en 1996 de présenter un plan de redressement.

Ces critères sont relatifs au niveau de déficit éventuel de l'établissement ainsi qu'à sa capacité d'autofinancement et sa capacité de remboursement des emprunts.

Article 63 : Rapport au Parlement sur l'expérimentation de la tarification à l'activité dans les établissements psychiatriques

Le rapport sera présenté à la date prévu par cette disposition (15 octobre).

Article 64 : Expérimentation d'une enveloppe hospitalière « transports sanitaires »

Cet article ouvre la possibilité de mener localement une expérimentation afin de transférer à des établissements de santé (anciennement sous dotation globale) la gestion des transports prescrits par les professionnels de santé qui y exercent. En liaison avec les Missions régionales de santé (MRS), les établissements expérimentateurs se verront confier une dotation leur permettant d'organiser et gérer les prestations de transports auparavant prescrites sur le même mode que pour la médecine de ville, notamment par l'émission d'appels d'offre et la passation de marchés.

Les réunions techniques avec les MRS et les établissements intéressés par le dispositif ont mis en lumière sa grande complexité technique. Des travaux sont donc actuellement en cours, afin de finaliser les aspects techniques d'un cahier des charges dont l'objet sera, notamment, d'objectiver les moyens humains et organisationnels que les établissements expérimentateurs devront consacrer à cette nouvelle fonction de gestion des entrées et sorties ambulancières.

Le cahier des charges sera publié au cours du second semestre 2008 et suivi d'un appel à candidature auprès des établissements de santé. Les établissements participant à l'expérimentation pourront alors bénéficier, en outre, d'une mission d'accompagnement spécifique.

Article 65 : Imputation sur le budget hospitalier des consultations et actes externes en cas de non identification des professionnels de santé

Cet article est d'application directe.

Article 66 : Groupement de coopération sanitaire de territoire

Pour l'application de cette mesure, un décret en Conseil d'État fixant la liste des compétences des établissements publics de santé que le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (DARH) peut transférer au groupement de coopération sanitaire est en cours d'élaboration. Il devrait être soumis au Conseil d'État au cours du 4^e trimestre 2008.

Article 69 : Financement des établissements médico-sociaux

- L'article 69-I élargit et pérennise, en matière d'investissement dans les établissements médico-sociaux, les missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qui est autorisée à financer sur ses réserves des aides à l'investissement immobilier, qu'il s'agisse d'opérations de rénovation et de modernisation, de mise aux normes ou de création de places nouvelles mais aussi de la prise en charge des intérêts des emprunts immobiliers pour contenir le « reste à charge » des résidents.

Un arrêté interministériel du 15 juillet 2008 fixe les conditions d'utilisation, l'affectation et le montant des crédits (300 M€) dédiés à ces investissements en 2008. Une instruction technique du 15 mai 2008 détaille, à l'usage des préfets et des services déconcentrés, les modalités de mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement dans les établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées pour l'année 2008.

- L'article 69-II instaure, à partir du 1^{er} janvier 2008, un régime de tarification d'office pour les établissements qui n'ont pas souscrit de convention tripartite avant le 31 décembre 2007, délai imparti par le code de l'action sociale et des familles, alors qu'ils accueillent des personnes âgées dépendantes.

À ce titre, chacune des autorités de tarification fixe, par voie d'arrêté, les objectifs à atteindre par les établissements retardataires et les tarifs qui leur sont appliqués jusqu'à la signature de la convention tripartite. S'agissant des dotations soins, deux modalités de tarification sont applicables :

1. si les établissements concernés disposaient antérieurement d'un forfait global de soins et d'une autorisation à dispenser des soins, ils voient leur dotation d'assurance maladie 2007 reconduite en euros courants, sans revalorisation ou, si le calcul leur est plus favorable, ils peuvent bénéficier du forfait global applicable aux établissements ne disposant pas d'autorisation à dispenser des soins ;
2. s'ils ne sont pas autorisés à dispenser des soins, leur forfait global de soins est déterminé sur la base d'un calcul qui prend en compte la dépendance moyenne des résidents de l'établissement, sa capacité et une valeur du point à la place.

Un arrêté interministériel du 14 avril 2008 fixe les modalités de tarification et la valeur du point applicable au calcul des dotations soins et précise les objectifs minimum à remplir par les établissements dans le cadre de cette tarification qui touchent aux droits des résidents (livret d'accueil, contrat de séjour, conseil de la vie sociale) et au projet de soins (règlement de fonctionnement et médecin coordonnateur).

- L'article 69-VII complète le dispositif de médicalisation et de tarification des logements foyers par deux mesures :
 1. l'élargissement du conventionnement partiel aux logements foyers qui perçoivent un forfait global de soins correspondant aux anciens forfaits de section de cure médicale, dès lors qu'ils n'accueillent pas plus de 10 % de résidents classés en GIR 1 et 2 et que certaines conditions architecturales sont remplies (bâtiments distincts, locaux constitués en unités de vie autonomes...). L'application de cette mesure nécessite de compléter le décret n° 2007-793 du 9 mai 2007 afin d'élargir le conventionnement partiel aux logements foyers susmentionnés ;
 2. le maintien des forfaits soins courants pour les logements foyers dont le GMP est inférieur à 300 dès lors que ces forfaits correspondent à des dépenses de personnels de soins salariés. Cette mesure est d'application immédiate.
- L'article 69-VIII instaure, via la fixation des règles de calcul et du montant des tarifs plafonds, des modalités opérationnelles de mise en œuvre du principe de convergence tarifaire sur le champ des établissements relevant de l'objectif général de dépenses géré par la CNSA. Un arrêté interministériel du 16 juillet 2008 fixe les tarifs plafonds applicables en 2008.

Article 70 : Groupements de coopération sociale et médico-sociale

L'article 70 qui étend l'agrément au titre de l'activité de services à la personne aux groupements de coopération sociale et médico-sociale en les dispensant de la clause d'activité exclusive est d'application directe.

Il met en cohérence deux objectifs importants des politiques sociales : le développement des services d'aide à domicile pour les personnes âgées et les personnes handicapées et l'incitation des différents acteurs de l'action sociale à se regrouper ou à coopérer afin d'assurer une meilleure prise en charge des publics fragiles et de mutualiser leurs moyens.

Article 71 : IVG médicamenteuses en centres de planification et en centres de santé

La transmission du projet de décret au Conseil d'État est prévue pour début octobre et sa publication en novembre.

Les travaux de la Haute Autorité de Santé en vue d'actualiser ses recommandations sur la pratique de l'IVG par voie médicamenteuse n'ont été disponibles qu'en juin 2008, retardant de fait la rédaction définitive des dispositions du projet de décret. La concertation sur ce projet a été réalisée cet été.

Article 72 : Dépistage et vaccination anonymes et gratuits, pris en charge par l'assurance maladie, dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

La circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie précise les modalités de la mise en œuvre de la gratuité du dépistage et de la vaccination contre le VHB, notamment en son annexe 6. Une circulaire budgétaire sera publiée au cours de l'année 2008 afin de notifier aux CSAPA la part des crédits dont ils disposent pour assurer cette mission nouvelle (0,5 M€).

Article 73 : Interdiction de la publicité télé pour les vaccins

Cet article vise à encadrer plus précisément les publicités grand public des vaccins remboursables, particulièrement les publicités sous forme de spots télé ou radiodiffusés et notamment les recommandations officielles sur les bénéfices et les risques des vaccinations pour les publics concernés. En effet, il convient que la promotion de certaines vaccinations ne perturbe pas d'autres stratégies de prévention comme le dépistage organisé.

Cet article est d'application directe.

Les publicités pour les nouveaux vaccins contre le cancer du col de l'utérus, particulièrement concernés par cette mesure ont été largement contrôlées par la commission de contrôle de la publicité en 2008.

Article 74 : Dotation au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQSC)

Cet article fixe la participation de l'assurance maladie au financement du FIQSC créé par l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 à 301 M€ pour l'année 2008.

Article 77 : Dotation à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)

Par cet article, la dotation globale pour le financement de l'ONIAM est fixée à 50 M€.

Article 78 : Dotation de l'Établissement de préparation et de réponses aux urgences sanitaires (EPRUS)

Cet article fixe pour 2008 la participation des régimes d'assurance maladie au financement de l'EPRUS à 75 M€.

Article 79 : Financement par le Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) des heures supplémentaires mais non récupérées dans la fonction publique hospitalière

Les décrets n° 2008-454 du 14 mai 2008 et n° 2008-456 du 14 mai 2008 prévoient respectivement la possibilité d'indemniser les jours épargnés au 31 décembre 2007 dans les comptes épargne temps (CET), ainsi que le paiement des heures supplémentaires ni rémunérées ni indemnisées restant dues à la date du 31 décembre 2007.

Ces mesures sont financées par les crédits du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) complétés des provisions des établissements.

Section 2 - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 84 : Élargissement du rachat d'annuités aux affiliés du régime agricole et aux fonctionnaires

L'article 114 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a créé un barème de rachat plus onéreux, lorsque les trimestres rachetés sont utilisés pour un départ en retraite anticipée. L'article 84 a étendu l'application de ce barème spécifique aux exploitants agricoles et aux fonctionnaires, ainsi qu'aux cas dans lesquels l'assuré a racheté dans un régime différent de celui dans lequel il demande à partir en retraite anticipée. Un projet de décret d'application de cet article 114 ainsi complété a été élaboré et présenté au conseil d'administration de la CNAV en mars 2008, qui a demandé un délai de mise en œuvre motivé par la nécessité de mettre en place des échanges entre les caisses concernées.

Dans le cadre du projet de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, le Gouvernement propose de ne plus prendre en compte les trimestres rachetés pour l'ouverture du droit à retraite anticipée : la durée d'assurance requise pour partir avant 60 ans devant désormais correspondre à des périodes effectivement travaillées, conformément à l'esprit initial de la mesure. Les dispositions introduites par les articles susmentionnés seraient ainsi abrogées.

Section 3 - Dispositions relatives aux dépenses des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP)

Article 86 : Plafonnement de la rente AT-MP en cas d'accidents successifs

Cet article modifie l'article L.434-2 du code de la sécurité sociale afin de limiter, en cas d'accidents successifs, le montant de la rente du dernier accident au salaire servant de base au calcul de la rente de façon à ce que, pour un seul accident, la rente versée ne puisse excéder l'ancien salaire.

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

Article 87 : Revalorisation des rentes de certains ayants droit victimes d'accidents du travail ou maladies professionnelles

Cet article applique à toutes les rentes d'ayants droit liquidées suite à des décès postérieurs au 1^{er} septembre 2001, les taux d'indemnisation issus de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, quelle que soit la date de l'accident ou de la maladie à l'origine du décès.

Cette mesure est d'application immédiate

Article 89 : Dotations au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)

I. Cet article fixe, pour l'année 2008, à 850 M€, 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.

Cet article est d'application immédiate.

II. Cet article arrête, pour l'année 2008, à 315 M€, le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) créé par le II de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Article 91 : Versement de la branche AT-MP à la branche maladie

Le montant du versement de la branche AT-MP 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 2008, à 410 M€. Cette mesure est d'application directe.

Section 4 - Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille

Article 93 : Modulation de l'allocation de rentrée scolaire en fonction de l'âge

Cet article a créé à compter de la rentrée 2008/2009 une modulation du montant de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) en fonction de l'âge de l'enfant. Cette modulation permettra de mieux prendre en compte les dépenses réellement engagées par les familles. Les décrets d'application parus au journal officiel du 2 août 2008 prévoient que l'allocation de rentrée scolaire est modulée selon trois tranches d'âges par référence au cursus scolaire le plus fréquent (5-10 ans, 11-14 ans et 15-18 ans). Les montants correspondant ainsi servis aux familles le 20 août 2008 sont respectivement de 272,59 €, 287,59 € et 297,59 € par enfant. C'est donc une modulation à la hausse qui a été retenue pour apporter une aide ciblée en direction des adolescents. Cette réforme, demandée par les associations familiales, a nécessité un effort de 50 M€.

Article 94 : Droit d'option entre le complément AEEH et la PCH

Le Gouvernement a créé à compter du 1^{er} avril 2008 la possibilité de choisir entre la prestation de compensation du handicap (PCH) et le complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). Ainsi, les parents d'enfants les plus lourdement handicapés peuvent avoir accès à l'ensemble de la PCH lorsque celle-ci prend mieux en compte les charges qu'ils supportent. Cette mesure permet aux parents de cumuler l'allocation de base de l'AEEH avec, au choix de la famille et en fonction de la prestation qui correspond le mieux à leur situation, soit un complément d'AEEH, soit la PCH. Ces deux dernières catégories de prestations, ayant vocation à financer des besoins de même nature, ne peuvent en revanche se cumuler. Les quatre décrets d'application sont parus au journal officiel le 11 mai, puis le 6 juin 2008.

Article 95 : Clarification du droit aux prestations familiales des ressortissants communautaires

Cet article vise à préciser le droit aux prestations familiales des ressortissants étrangers.

Le I et le II de cet article précisent les dispositions du code de la sécurité sociale et du code de la construction en indiquant que le bénéfice des prestations familiales est subordonné au respect des conditions de régularité de séjour afin d'éviter toute ambiguïté sur l'appréciation de la régularité du droit au séjour des ressortissants communautaires pour l'obtention des prestations familiales. Les conditions de séjour pour bénéficier des prestations familiales sont définies dans le code de l'entrée et du séjour des étrangers.

Le III de cet article vise à étendre la règle qui limite le cumul de prestations familiales françaises et étrangères, fixée à l'article L. 512-5 du code de la sécurité sociale, aux prestations familiales versées :

- en application du droit interne d'un État ou d'une entité infra-étatique étrangère (comme par exemple la réglementation cantonale suisse) ;
- en application des statuts et règles propres à une organisation internationale.

Cette mesure nécessite l'intervention d'un décret d'application qui est en cours de contreseing.

Article 96 : Amélioration de la procédure contentieuse relative à l'ouverture du droit à l'allocation journalière de présence parentale

Cet article a étendu le recours au dispositif d'expertise médicale aux contentieux sur la décision du médecin conseil sur la gravité de l'état de santé de l'enfant requis pour l'ouverture du droit à l'allocation du droit à l'allocation journalière de présence parentale. Cette mesure était demandée par les associations de parents d'enfants malades afin d'accélérer le traitement des contentieux. Elle n'appelait pas de décret d'application et est donc entrée en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008.

Section 5 - Dispositions relatives à l'information et au contrôle du Parlement

Article 99 : Transmission des communications de la Cour des comptes aux ministres élargie aux commissions chargées des affaires sociales

Cet article prévoit que la Cour des comptes transmette aux commissions chargées des affaires sociales les communications qu'elle fait aux ministres. La Cour des comptes a pris toutes les dispositions nécessaires pour mettre en œuvre cette disposition. Des premiers envois de documents sont intervenus en septembre.

Section 6 - Dispositions relatives à la gestion des risques et à l'organisation ou la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement

Article 100 : Mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion (COG) État-UCANSS

L'article 100 prévoit la conclusion d'une COG entre l'État et l'UCANSS. Il est prévu que la COG couvrira la période 2009 - 2012. L'objectif est donc de faire aboutir les travaux de préparation avant la fin de l'année 2008. Après avoir établi les thématiques prioritaires et un calendrier de travail, les négociations ont commencé avec pour objectif d'aboutir à un document finalisé pour la fin du mois de novembre, document qui sera ensuite soumis à la signature de l'UCANSS (président du conseil d'orientation, président du comité exécutif et directeur) et des ministres concernés.

Article 101 : Adaptation du code des marchés publics aux organismes de sécurité sociale

Les dispositions de l'article 101 permettent aux caisses nationales et à l'union nationale des caisses de sécurité sociale de mutualiser les achats pour le compte des

organismes de sécurité sociale et soumettent les GIP et les GIE financés majoritairement par les organismes de sécurité sociale au régime juridique applicable aux organismes de sécurité sociale en matière de marchés publics. Ces mesures ont été précisées par l'arrêté du 16 juin 2008 portant réglementation sur les marchés des organismes de sécurité sociale. Par ailleurs l'article 101 fusionne, pour la CNAMTS, le fonds national de gestion administrative (FNGA) et le fonds national du contrôle médical. En 2008, la CNAMTS a ainsi adopté un budget national de gestion fusionnant les budgets des deux anciens fonds.

Article 102 : Pouvoirs de la caisse centrale de mutualité sociale agricole

La mutualité sociale agricole a adopté des objectifs importants de restructuration de son réseau en vue de l'adapter aux évolutions démographiques des populations agricoles et de faire des économies d'échelle. Son plan d'action stratégique adopté en 2006 a prévu qu'en 2010, ce réseau sera composé de 35 caisses au lieu de 66 en 2007. En juin 2007, l'assemblée générale de la CCMSA a adopté à une large majorité une résolution précisant la circonscription des 35 caisses fusionnées et a demandé à l'État de confier à la caisse centrale les pouvoirs nécessaires pour mettre en œuvre cette résolution. L'article 102, issu d'une réflexion menée conjointement avec la MSA, fait suite à cette demande.

Le I de cet article confie à la CCMSA un pouvoir de substitution aux conseils d'administration des caisses locales qui n'auront pas été en mesure de prendre les décisions nécessaires aux fusions. Ce paragraphe incitera les caisses à respecter l'échéance de 2010.

Le II de cet article étend les pouvoirs de la CCMSA en matière de pilotage du réseau. Il permet également de mutualiser certaines missions qui ne nécessitent plus d'être réalisées par l'ensemble des organismes. Dans ce domaine la Cour des comptes a soulevé l'écart qui existait entre les pouvoirs des caisses nationales du régime général et ceux de la caisse centrale de MSA, écart que l'article contribue de combler.

Le III de cet article confère à la CCMSA un pouvoir de contrôle des caisses locales, notamment de la réalisation des objectifs de la convention d'objectifs et de gestion, des dépenses de gestion administrative ou de la mise en œuvre des orientations de la gestion du risque. La caisse centrale pourra également contrôler que les caisses remplissent correctement leur mission de liquidation des cotisations et des prestations. Cet accroissement du rôle de la CCMSA en matière de contrôle est par ailleurs de nature à faciliter la certification des comptes combinés du régime agricole qui interviendra pour la 1^{re} fois en 2009. Cette mesure législative a été rendue applicable par le décret simple n° 2008-485 mai 2008 relatif aux contrôles de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole.

Tout en respectant les valeurs fondamentales du mutualisme et le guichet unique auxquels les assurés de la MSA et ses élus sont légitimement attachés, l'article 102 permet à la MSA de s'engager résolument dans une politique d'amélioration de l'efficacité des caisses pour prodiguer à ses assurés le meilleur service au meilleur coût.

Section 7 - Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 103 : Opposabilité des contre-visites d'arrêt de travail

L'article 103 prévoit une expérimentation en matière de contrôle des arrêts maladie afin de renforcer la coordination des actions du service du contrôle médical de l'assurance maladie avec les propres prérogatives des employeurs en la matière (pouvoir de contre-visite issu de la loi du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation).

Le décret prévu à l'article 103 a été publié au journal officiel du 13 juin 2008 (décret n° 2008-552 du 11 juin 2008). Il prévoit que l'assuré disposera de dix jours pour contester la décision de suspension des indemnités journalières et que le service du contrôle médical devra rendre son avis dans les quatre jours suivant sa saisine par la caisse d'assurance maladie.

L'expérimentation est menée dans les caisses d'assurance maladie du régime général et du régime agricole qui présentent un nombre d'indemnités journalières par assuré supérieur à la moyenne nationale et qui figurent sur une liste fixée par le directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie. Pour le régime général, il s'agit des caisses d'Amiens, d'Avignon, de Vannes, d'Evreux, de Reims, de Nîmes et de Carcassonne. S'agissant de la mutualité sociale agricole, sont concernées les caisses de Gironde, du Finistère, des Côtes d'Armor, de Paris et du Val-de-Marne. En tout, ce sont donc douze caisses qui participent à cette expérimentation.

L'expérimentation a débuté en septembre et prendra fin au plus tard le 31 décembre 2009. La loi prévoit que le ministre en charge de la sécurité sociale remettra un rapport au Parlement avant le 30 juin 2009, en vue d'une éventuelle généralisation des mesures dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Article 104 : Procédure de signalement aux assureurs complémentaires des cas de fraudes détectées par les CPAM

Cet article a pour objet de mettre en place une procédure pour les CPAM d'informer les assureurs complémentaires des cas de fraudes à l'assurance maladie.

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

Une concertation a été mise en place entre la CNAMTS et les assureurs complémentaires afin de définir les procédures qui suppose notamment que la CPAM connaisse l'assureur complémentaire de l'assuré lorsqu'il existe, de connaître à quel stade de la procédure le signalement doit être effectué et de définir les suites possibles de l'assureur de cette transmission d'information.

Article 105 : Habilitation des caisses nationales pour agir en justice au nom et pour le compte d'organismes locaux

Dans un certain nombre de situations, il peut s'avérer opportun que la caisse nationale puisse agir en justice soit avec les organismes locaux, soit en lieu et place des organismes locaux. Ce peut notamment être le cas lorsqu'une affaire concerne plusieurs caisses locales ou lorsque les techniques d'investigation ou la complexité de la fraude nécessitent une expertise de la caisse nationale.

Il s'agit d'une disposition législative d'application immédiate qui ne nécessite pas de texte d'application.

Cette possibilité a d'ores et déjà fait l'objet d'une application pour la CNAVTS, la CNAMTS et la CNAF.

Article 106 : Simplification du mode d'acquisition des ressources

Cette mesure vise à simplifier de façon très importante les formalités imposées aux assurés sociaux lorsque les informations nécessaires ont déjà été fournies à l'administration fiscale. Les compléments apportés à l'article L.114-14 du code de la sécurité sociale précisent expressément la possibilité pour les organismes de protection sociale de demander des informations aux administrations fiscales dans la totalité du champ de leurs missions.

Ainsi, cette mesure a permis de mettre en place la transmission aux CAF des données sur les revenus par les services fiscaux. Les organismes débiteurs des prestations familiales vont

recupérer les données fiscales concernant leurs allocataires au cours du dernier trimestre 2008 pour être en mesure de procéder à l'opération de renouvellement des droits au 1^{er} janvier 2009.

La mise en œuvre de la réforme de la suppression de la déclaration de ressources a donné lieu à l'intervention de plusieurs textes réglementaires modifiant notamment le code de la sécurité sociale et le code de la construction et de l'habitation parus au journal officiel du 27 juin 2008. Ces textes avaient principalement pour objet de modifier la période de référence des ressources prises en compte pour le calcul des droits aux prestations familiales (année N-2, désormais), de fixer au 1^{er} janvier (au lieu du 1^{er} juillet) la date de revalorisation des plafonds de ressources et de décaler au 1^{er} janvier (au lieu du 1^{er} juillet) la date de renouvellement des droits des allocataires. Parallèlement, la déclaration de ressources habituellement fournie par les allocataires en juin n'a pas été demandée dès l'année 2008.

Article 107 : Levée de la prescription triennale en cas de fraude aux règles de tarification ou de prescriptions.

En cas de fraude, cet article offre la possibilité pour l'assurance maladie de remonter au-delà des trois ans correspondant au délai de prescription de droit commun. Il s'agit d'une disposition législative d'application immédiate qui ne nécessite pas de texte d'application.

Article 108 : Traitement par le comité consultatif pour la répression des abus de droit des litiges entre les URSSAF et les cotisants tentant d'éviter le paiement des cotisations et contributions sociales

L'article 108 introduit dans le code de la sécurité sociale la notion d'abus de droit, afin de permettre aux URSSAF d'écarter les montages juridiques dont le seul et unique but est d'échapper au prélèvement social qui aurait dû normalement être supporté par le cotisant.

Cet article, introduit par amendement, posait des difficultés techniques de mise en œuvre.

Aussi a-t-il été demandé à la mission d'Olivier Fouquet relative au renforcement de la sécurité juridique des relations entre les cotisants, l'administration et les organismes de recouvrement, d'analyser les apports de cette mesure au regard de l'expérience fiscale et d'émettre des préconisations, afin de rendre ce dispositif pleinement opérationnel. La mission a rendu son rapport en juillet. Certaines de ses préconisations, dont celles sur l'abus de droit, sont reprises dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Article 109 : Compétence des caisses nationales dans la coordination de la lutte contre la fraude

Cette disposition a pour objet d'affirmer la compétence et la légitimité des caisses nationales dans leur rôle d'animation et de coordination dans le domaine de la lutte contre la fraude. Elle habilite notamment les caisses nationales à demander aux organismes locaux de traiter et d'exploiter des requêtes définies au plan national.

Il s'agit d'une disposition législative d'application immédiate qui ne nécessite pas de texte d'application.

Article 110 : Expérimentation de la suppression des allocations logement en cas de fraude ; extension des pénalités à la CMUC des pénalités administratives existantes en cas de fraude aux prestations en nature de l'assurance maladie

Le point I de l'article 110 institue une expérimentation de deux ans créant une nouvelle sanction administrative en cas de fraude aux aides personnelles au logement : la suppression du service

de ces prestations pendant une durée d'un an maximum. Pour aider les organismes débiteurs des prestations concernées à mettre en œuvre cette expérimentation, une lettre ministérielle définissant les conditions d'application de la nouvelle sanction a été adressée, le 6 mai dernier, à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et à la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA).

La mesure est entrée en vigueur sur l'ensemble du territoire national depuis le mois de janvier 2008, aucun décret d'application n'étant requis. Comme le prévoit la loi, ce dispositif fera l'objet d'une évaluation, qui sera communiquée au Parlement au plus tard le 30 juin 2009.

Le II de l'article vise à faire entrer les bénéficiaires de la CMUc dans le dispositif de droit commun applicable à l'inobservation par les assurés sociaux des dispositions du code de la sécurité sociale. Il étend le régime de pénalités aux bénéficiaires de la CMUc en cas de fraudes lors de l'attribution du droit à cette couverture. Les mesures réglementaires d'adaptation de ce dispositif aux bénéficiaires de la CMUc sont intégrées dans le projet de décret d'application de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, décret dont la publication interviendra cet automne.

Article 111 : Ouverture aux CCAS de l'accès au répertoire commun

Le répertoire national commun de protection sociale (RNCPS) a été instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Il a pour objet de constituer le patrimoine de protection sociale de chaque assuré pour vérifier la complétude de ses droits et contrôler les prestations servies notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude. Les partenaires du RNCPS sont les organismes de protection sociale qui seront amenés à fournir des informations au répertoire et qui en seront utilisateurs.

L'article 111 prévoit l'ouverture de l'accès du RNCPS aux collectivités territoriales dans le domaine de l'action sociale.

Le Comité de pilotage du projet RNCPS a validé le 12 juin 2008 la note de cadrage et le calendrier. Le répertoire commun sera réalisé par la CNAV. Le financement de la réalisation sera traité dans la COG CNAV (2009-2012). Les coûts de gestion ont vocation à être partagés entre les régimes utilisateurs ; une clé de répartition sera déterminée.

Les travaux réalisés ont permis de définir :

- deux portails d'accès, l'un dédié aux organismes de protection sociale et l'autre dédié aux collectivités territoriales ;
- les données du RNCPS (données inscrites dans le répertoire national et données réparties dans les systèmes d'information des organismes et accessibles en temps réel), ainsi que les finalités et les règles d'accès des organismes ;
- un service national unique d'identification permettant de gérer en cohérence les dossiers en attente de NIR ;
- une plateforme sécurisée d'échanges de données qui sera utilisée pour les échanges entre organismes, avec la sphère fiscale, etc.).

Un avant-projet de décret en Conseil d'État a été préparé avec les organismes partenaires et présenté aux services de la CNIL. Les saisines institutionnelles et CNIL sont programmées en septembre 2008 pour une publication du décret fin 2008.

En octobre 2008, la CNAV développera le RNCPS et le portail sécurisé destiné aux organismes de protection sociale ; elle fournira à ces derniers les spécifications techniques nécessaires au développement de leur dispositif respectif « d'accrochage » au répertoire.

Pour l'accès des collectivités territoriales au RNCPS, il est prévu de faire appel à la direction des retraites de la Caisse des dépôts et consignations qui dispose d'un portail sécurisé destiné à la fonction publique territoriale.

Le dispositif d'ensemble sera disponible à l'automne 2009 et le peuplement complet des données des assurés se fera en 2010, notamment pour les petits régimes qui disposent de peu de moyens.

Article 112 : Redressement forfaitaire et annulation des exonérations dans les cas de travail dissimulé

Cet article conforte les moyens juridiques mis à la disposition des organismes de recouvrement dans leur lutte contre le travail dissimulé en instaurant un redressement forfaitaire d'assiette pour le calcul des cotisations et contributions quand aucune information n'a pu être recueillie sur la durée du travail dissimulé ou sur les rémunérations versées, en instituant une transmission automatique des procès verbaux établis par l'ensemble des corps habilités aux fins de recouvrement des cotisations et contributions afférentes et en réformant la méthode de calcul de l'annulation des exonérations instituée par la LFSS pour 2006.

Le décret n° 2008 553 du 11 juin 2008 publié au journal officiel du 13 juin 2008 inclut les modalités de mise en œuvre du redressement forfaitaire et de l'annulation des exonérations, pour lesquels deux circulaires interministérielles ont été publiées (n° DSS/5C/SG/SAFSL/SDTPS/BACS/2008/254 et 255 du 28 juillet 2008). La transmission des procès verbaux est d'application directe et ne nécessite pas de mesure réglementaire.

Article 113 : Coordination entre les organismes

Cet article a généralisé la communication aux organismes servant des prestations des informations relatives aux salariés dont l'emploi a été dissimulé, sans qu'il soit besoin de rechercher la participation volontaire du salarié à la dissimulation de son activité. Sa mise en œuvre ne nécessite pas de disposition réglementaire.

Article 115 : Droit de communication des organismes de sécurité sociale vis-à-vis des tiers

Les organismes de sécurité sociale disposaient d'un droit d'obtenir, pour les besoins d'un contrôle, des informations détenues par d'autres organismes de sécurité sociale ou par l'administration fiscale. L'article 115 étend les pouvoirs d'investigations des organismes de sécurité sociale puisqu'il les autorise désormais à obtenir des informations auprès d'organismes tiers (fournisseurs d'énergie, opérateurs de téléphonie, établissements bancaires...) sans que leur soit opposé le secret professionnel.

Une circulaire d'application a été diffusée le 20 février 2008 qui concilie le renforcement des pouvoirs des organismes de sécurité sociale et les droits des assurés. Plusieurs cas d'application ont déjà été identifiés.

Article 116 : Extension du contrôle médical aux bénéficiaires de l'AME et des soins urgents

Cet article étend la compétence du service du contrôle médical de l'assurance maladie à tous les bénéficiaires de l'aide médicale État (AME) et des soins urgents alors que cette compétence n'existait jusqu'à présent que pour les bénéficiaires de l'AME en affection longue durée (ALD).

Cette disposition fait partie des recommandations du rapport de la mission IGAS/IGF d'audit et de modernisation de l'AME rendu en février 2007. L'objectif poursuivi est d'améliorer l'efficacité de l'AME et des soins urgents par un meilleur contrôle du caractère médicalement justifié des actes effectués.

L'extension du contrôle médical aux bénéficiaires de l'AME et des soins urgents vise à rétablir l'équité entre bénéficiaires de prestations de santé en rendant opposable un contrôle qui existe déjà pour tous les assurés sociaux. Cette mesure est d'autant plus justifiée que les prestations de santé délivrées dans le cadre de l'AME le sont gratuitement sans aucune avance de frais et sont à la charge de la solidarité nationale (prestation sur budget de l'État).

De surcroît, cette mesure permet d'instaurer un réel suivi médical, de vérifier qu'il n'y a pas de prise en charge induite, de déterminer avec plus de précision les caractéristiques sanitaires de cette population et d'évaluer la part de l'activité des établissements de santé consacrée à l'accueil et à la gestion des bénéficiaires de l'AME et des soins urgents.

L'article législatif est d'application directe. Une lettre ministérielle a été adressée au directeur général de la CNAMTS le 5 février 2008 afin que cette mesure soit une priorité de contrôle tant au plan national que local. Il a été demandé aux caisses un suivi statistique de mise en œuvre. Selon la CNAMTS, les bénéficiaires de l'AME sont déjà en bonne partie intégrés dans les pratiques du contrôle médical. Concernant les bénéficiaires des soins urgents, une lettre réseau de la CNAMTS est sur le point d'être envoyée aux caisses.

Article 117 : Alignement du régime de contrôle des arrêts de travail AT-MP sur le régime de contrôle des arrêts de travail maladie (IJ).

Cet article étend aux victimes d'AT-MP en arrêt de travail les obligations prévues à l'article L.323-6 du code de la sécurité sociale pour les assurés en arrêts de travail pour cause de maladie. Le droit à l'indemnité journalière est donc subordonné depuis le 1^{er} janvier 2008 au respect des conditions de cet article et de son décret d'application codifié à l'article R.323-11-1.

Par ailleurs, il actualise les dispositions relatives au contrôle médical des AT- MP de façon à rendre opposable aux caisses les avis du contrôle médical.

Il s'agit d'une disposition législative d'application immédiate qui ne nécessite pas de texte d'application. Elle a simplement nécessité la modification en juin de la feuille d'arrêt de travail.

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 » et celui de déclarations mutualisées dématérialisées.

Parmi les réformes les plus structurantes pour les cotisants, l'interlocuteur social unique pour les artisans et commerçants est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, grâce à la mobilisation conjointe du Régime social des indépendants et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Les travaux d'expertise se sont poursuivis sur la réalisation d'une étude de faisabilité sur une déclaration sociale nominative se substituant aux nombreuses déclarations devant être établies par les employeurs. Cette étude est en voie d'être finalisée.

Un groupe de travail a également été réuni pour examiner les modalités pratiques de suppression de la déclaration commune de revenus des travailleurs indépendants.

A. Bilan des dispositifs titres simplifiés et des guichets uniques de recouvrement

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

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

Le CESU permet aux particuliers soit de rémunérer et déclarer des salariés en emploi direct (CESU bancaire) soit, et c'est la nouveauté, de rémunérer des services prestataires (CESU préfinancé ou titres CESU). 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.

Les titres CESU peuvent faire l'objet d'un préfinancement, total ou partiel, par une personne physique ou morale (entreprise, comité d'entreprise, administration, collectivité locale, mutuelle...).

Cette aide financière est exonérée d'impôt sur le revenu pour le bénéficiaire et l'entreprise qui accorde cette aide bénéficie de son côté d'un crédit d'impôt. Dans ce cas, le bénéficiaire de l'aide financière, matérialisée par un « titre spécial de paiement » peut régler au moyen de ce titre comportant une valeur faciale - partiellement ou totalement - un service prestataire ou, le cas échéant, son salarié.

Dans le cas d'emploi direct, le particulier employeur qui utilise le CESU préfinancé déclare la rémunération de son salarié au moyen d'un volet social 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'une exonération de cotisations patronales de sécurité sociale 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).

En 2008, l'accent est mis sur l'amélioration de l'accueil téléphonique, grâce à une organisation répartissant les appels sur l'ensemble des URSSAF, ainsi que sur le développement de l'adhésion en ligne. La communication en faveur de la dématérialisation auprès des cotisants doit permettre d'accroître cette dernière.

2° Le titre de travail simplifié

Afin de faciliter les emplois de courte durée et lutter contre le travail non déclaré dans les DOM, la loi d'orientation pour l'outre-mer du 13 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 CESU pour les particuliers employeurs et est ouvert aux entreprises de moins de 11 salariés pour des emplois de courte durée. 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.

3° Le chèque emploi associatif

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

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

4° Le service emploi associations

L'ordonnance du 18 décembre 2003 instaure, en complément du CEA, un « service emploi association » (SEA)- appelé également Impact Emploi, pour les associations employant moins de 10 salariés.

Ce service, différent de celui du CEA, constitue une aide à l'accomplissement des obligations déclaratives en matière sociale, à partir d'un logiciel de paie développé par la branche du recouvrement et mis gratuitement à la disposition de tiers de confiance, qui réalisent les formalités administratives des associations.

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 un assistant maternel ou une garde d'enfant à domicile, un dispositif spécifique, Pajemploi, a été mis en place, reposant sur un partenariat entre la branche famille et la branche du recouvrement.

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. Le dispositif PAJEMPLOI a achevé sa montée en charge. Il enregistre le plus fort taux de dématérialisation (72 % de volets sociaux dématérialisés en 2007).

6° La création d'un nouveau « Titre emploi-service entreprises » (TESE)

La loi du 4 août 2008 de modernisation de l'économie crée dans son article 55 un dispositif unique à destination des entreprises de 9 salariés au plus mais sans limitation d'effectif s'agissant de l'emploi de salariés occasionnels, qui se substituera aux actuels TEE et CETPE à compter du 1^{er} avril 2009. Lors de cette réforme, la limite d'effectif pour l'emploi de salariés permanents a été portée de 5 à 9 salariés au plus.

Ce nouveau dispositif permettra de gagner en lisibilité et en qualité de service. En effet, l'employeur de salariés occasionnels par des entreprises de 5 salariés au plus dans le cadre du CETPE est actuellement éligible aux deux dispositifs, ce qui est source de confusion.

7° Le titre emploi entreprise

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. Le TEE s'adresse aux entreprises, quelle que soit leur taille, qui emploient du personnel occasionnel pour une durée limitée à 700 heures, consécutives ou non, par année civile ou 100 jours par année civile si le salarié n'est pas rémunéré en fonction d'un nombre d'heures.

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.

8° 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 cibler prioritairement les petites structures. Cette offre n'est pas exclusive du rôle de conseil et d'assistance plus général que jouent les experts comptables auprès des employeurs.

Afin de permettre un développement harmonieux du dispositif, une convention a été signée à cet effet entre l'ordre des experts comptables, l'ACOSS et l'État, le 25 septembre 2005 et renouvelée le 17 décembre 2007.

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.

9° Le guichet unique spectacle occasionnel (Guso)

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

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

Le dispositif du Guso a été profondément remanié par l'ordonnance du 6 novembre 2003. Tous les organisateurs occasionnels de spectacles vivants dispensés d'une licence de spectacle vivant et les structures qui, bien que titulaires d'une licence de spectacle vivant, n'ont pas le spectacle pour activité principale ou pour objet, doivent déclarer auprès du Guso les artistes et les techniciens du spectacle engagés par contrat à durée déterminée.

Utilisation des dispositifs de simplification

	Adhérents			Salariés concernés		
	juil-06	juil-07	juil-08	juil-06	juil-07	juil-08
CESU	1 060 000	1 181 000	1 266 216	559 000	612 180	640 566
PAJE	486 700	704 687	880 646	308 000	320 927	325 750
TTS	6 438	8 287	NC	48 800	49 600	NC
CEA	27 200	37 431	50 056	58 000	93 311	132 500
Service emploi associations	18 000	25 410	36 500	90 000	129 756	190 243
TEE	38 800	45 800	51 500	66 300	105 013	147 000
CETPE	28 000	53 000	75 400	27 000	70 000	117 000
GUSO	360 105	NC	436 082	182 419	NC	214 183

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 et qui y emploient du personnel salarié institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 du 18 décembre 2003. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 propose

de créer un véritable guichet unique pour ces entreprises étrangères. En effet, elles sont actuellement gérées dans le cadre du système déclaratif de droit commun, peu adapté pour des entreprises familiales d'un système de « facturation ». Il est ainsi fréquent que les entreprises concernées omettent de signaler la disparition de leur activité ou qu'elles n'ont plus de salarié en France, ce qui génère des taxations d'office. En outre, les formulaires déclaratifs de droit commun restent difficiles à maîtriser pour les entreprises étrangères. Elles auront donc accès, grâce à la mesure proposée, à une offre de services plus complète en matière sociale, sur le modèle de celle du chèque emploi pour les très petites entreprises (CETPE) et du futur Titre Emploi-Service Entreprise (TESE) : elles bénéficieront, outre du recouvrement des cotisations et contributions dues en un point unique, du calcul de ses dernières par le centre national des firmes étrangères (CNFE), de l'établissement de la déclaration unique d'embauche, du contrat de travail, des bulletins de paie. Les supports déclaratifs seront également plus adaptés.

B. Les déclarations dématérialisées

La simplification a également été recherchée par 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 (le Medef, qui préside le GIP, la CGPME, l'UPA, la 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 télépaiement 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 Assedic, à l'AGIRC et l'ARRCO et aux caisses de congés payés du bâtiment lorsque l'employeur relève de ce secteur.

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 16 administrations ou organismes de sécurité sociale) 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	1 448 107	2 835 424
DADS-U	36 237	203 710	1 236 710	1 360 000

C. L'interlocuteur social unique (ISU)

Depuis le 1^{er} janvier 2008, les 1,5 million d'artisans et commerçants disposent d'un interlocuteur social unique (ISU). Cette réforme contribue fortement à la réforme du système de couverture sociale des professions artisanales, industrielles et commerciales⁽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.

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

Les caisses locales du RSI assurent 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 définit les orientations nationales du contrôle et du recouvrement amiable et contentieux. Il effectue le recouvrement amiable des cotisations et contributions au-delà du trentième jour suivant la date d'exigibilité et le recouvrement contentieux. À ce titre, c'est lui qui transmet la mise en demeure et la contrainte. Il gère 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, assurent pour le compte et sous l'appellation du RSI, l'ouverture et la gestion des comptes, l'appel et l'encaissement des cotisations et contributions sociales qui seront ensuite centralisées par l'ACOSS et transférées à la caisse nationale du RSI. En fonction de conventions signées au niveau local, les URSSAF participent à l'accueil et à l'information de l'artisan et du commerçant, pour le compte et sous l'appellation du RSI. Elles sont 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. Le cotisant reçoit un seul avis d'appel de cotisations et contributions et un même échéancier de paiement regroupe dorénavant toutes les cotisations et contributions sociales.

Malgré les travaux préalables effectués, des difficultés résiduelles, consécutives notamment à la mise à niveau des systèmes d'information, ont touché au cours du premier semestre une petite partie des cotisants. La situation est en voie d'être totalement normalisée grâce à la mobilisation des deux réseaux.

Par ailleurs, depuis le premier semestre 2008, les personnes débutant leur activité peuvent, pour la déclaration du chiffre d'affaires nécessaire au calcul et au paiement des contributions sociales, opter pour un régime déclaratif trimestriel simplifié et allégé mis en place pour les artisans et commerçants relevant du régime micro-fiscal. Ce dispositif a été réformé par l'article 1^{er} de la loi du 4 août 2008 de modernisation de l'économie.

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

D. La poursuite de chantiers de simplification majeurs en 2008

1° Le statut de l'auto-entrepreneur

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

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

D'autres mesures complètent le statut de l'auto-entrepreneur, notamment la mise en œuvre de formalités d'immatriculation allégées et la possibilité d'exercer d'une activité professionnelle, y compris commerciale, dans une partie d'un local d'habitation situé au rez-de-chaussée.

2° La Déclaration sociale nominative

Lors de sa séance du 21 Juin 2006, le Conseil d'Administration du 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 offre aux entreprises et aux organismes de protection sociale une simplification radicale et une forte réduction des coûts du traitement des déclarations sociales ; elle constitue un acte majeur de simplification fondé sur le principe d'un dépôt unique des déclarations alimenté par des flux dématérialisés provenant des employeurs. Elle a pour objectif de se substituer à la plupart des déclarations effectuées actuellement par les entreprises.

L'étude de faisabilité de la DSN, en voie d'achèvement, doit permettre de mesurer précisément les gains attendus pour les entreprises, les salariés et les organismes de protection sociale et d'évaluer les scénarios de mise en œuvre possibles.

Parallèlement, l'UNEDIC a lancé un projet de déclaration nominative des assurés (DNA-AC) à périodicité mensuelle, qui ne concerne que le régime d'assurance chômage et qui pourrait faire l'objet d'une expérience pilote en 2008.

3° La suppression de la déclaration commune de revenus

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

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 DGFIP et d'autre part, la déclaration commune de revenus (DCR) pour le calcul des cotisations et contributions sociales.

Les travaux menés en 2007 et au premier semestre 2008 ont permis de déterminer le support déclaratif utilisé pour la transmission des informations, d'identifier les informations dont les organismes de protection sociale auront besoin pour calculer les cotisations et les contributions dues, d'établir un calendrier des processus et d'identifier les difficultés à traiter pour chaque grande catégorie de cotisants. Les travaux doivent se poursuivre fin 2008 et en 2009 pour finaliser l'expertise juridique et technique.

Le principe et le calendrier de la suppression de la DCR ont été fixés par l'article 1^{er}-VIII de la loi du 4 août 2008 de modernisation de l'économie, qui prévoit une entrée en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2010, avec la possibilité de reporter cette date d'un an par décret.

II. Mesures de simplification en matière de gestion des prestations

L'assurance maladie et les assurés sociaux : extension des fonctionnalités du site www.ameli.fr et de la feuille de soins électronique.

Depuis la fin de l'année 2007, les assurés des caisses primaires d'assurance maladie ont la possibilité en créant un compte personnalisé sur le site www.ameli.fr de consulter en temps réel les remboursements de soins effectués avec les mêmes détails que ceux figurant sur les décomptes sur support papier.

Au 3^e trimestre 2007, la proportion de feuilles de soins électroniques directement adressées par les professionnels de santé aux caisses d'assurance maladie, ce qui améliore les délais de remboursement par rapport à l'envoi postal, atteignait 81,3 % (le taux était de 79 % au 3^e trimestre 2006).

A. La suppression de la déclaration de ressources des allocataires des caisses d'allocations familiales (CAF)

À compter de 2008 les allocataires n'ont plus à souscrire la déclaration de ressources qui était jusqu'à présent exigée chaque année pour le calcul des droits des prestations soumises à condition de ressources.

Dorénavant la déclaration souscrite auprès de l'administration fiscale est également utilisée pour apprécier les conditions d'ouverture, de maintien et de calcul des droits à prestations familiales, grâce à la transmission directe de la Direction générale des finances publiques (DGFiP) vers la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA), supprimant ainsi une démarche pour les allocataires.

B. Plan de simplification de l'exercice libéral des professionnels de santé

L'exercice libéral des professions de santé est aujourd'hui soumis à un nombre important de contraintes administratives qui réduisent le temps strictement médical que les professionnels de santé peuvent consacrer à la qualité des soins dispensés à leurs patients. C'est pourquoi, le 12 janvier 2007, le ministère de la santé et l'UNCAM avaient présenté conjointement un programme de simplification pour l'exercice libéral, articulé autour de 4 axes principaux :

- la simplification des supports d'échange entre médecins et caisses, à commencer par les formulaires, pour aboutir progressivement à la dématérialisation des relations médecins/caisses ;

- l'adoption d'une logique de guichet unique pour les relations entre médecins/caisses et pour l'accompagnement des professionnels de santé lors de leur installation ;
- le développement d'un compte client, permettant au médecin de suivre son activité et de mieux être informé au moment de la sortie de nouveaux dispositifs ;
- l'instauration de « services attentionnés » (tels que des actions d'accompagnement des professionnels de santé aussi bien à l'occasion de l'installation que pendant l'exercice) par l'assurance maladie afin de mieux appréhender les difficultés du médecin dans son exercice quotidien.

La grande majorité des objectifs fixés début 2007 a été atteinte, contribuant à l'amélioration de l'exercice des professions médicales ou paramédicales libérales.

Parmi toutes ces avancées, plusieurs méritent d'être soulignées. Ainsi, une expérimentation de dématérialisation du protocole de soins des patients en ALD a été lancée au 1^{er} semestre 2007 dans deux départements. Le protocole peut être saisi et consulté sur le poste informatique du médecin via le portail unique des télé-services de l'assurance maladie. Outre la dématérialisation des échanges entre le service médical et le médecin via des échanges directement intégrés dans l'application, la simplification du remplissage de ce protocole par le médecin traitant lui permet ainsi de gagner du temps. La généralisation France entière devrait intervenir en fin d'année.

De même, d'autres formulaires parmi les plus couramment utilisés, comme les formulaires d'avis d'arrêt de travail ou de prescription de transports, ont été revus dans le sens d'une forte simplification visant à limiter les informations demandées au médecin à celles qui sont strictement nécessaires au regard du droit mais aussi à harmoniser les procédures.

Le compte professionnel de santé est également opérationnel depuis début 2007 et les services en lignes se multiplient : il permet, dans le cadre d'une procédure sécurisée, l'accès aux informations personnelles du professionnel de santé, le suivi des paiements, les commandes d'imprimés, ainsi que la possibilité de contacts en ligne avec la caisse primaire.

Enfin, l'assurance maladie a harmonisé depuis juin 2007 les pratiques de ses caisses, notamment s'agissant des protocoles de soins, afin de simplifier, clarifier et rationaliser leurs contacts avec les professionnels.

Au-delà de ces résultats positifs, la ministre de la santé a annoncé, le 10 septembre 2008 la mise en chantier de nouvelles mesures. Ces mesures concernent notamment :

- un travail interministériel sur la rationalisation de l'utilisation des certificats médicaux demandés aux médecins qui devrait aboutir au cours du premier semestre 2009 et pour lequel le travail est mené conjointement avec les administrations concernées et le CNOM ;
- le développement de services inter-régimes d'ici fin 2008 avec la transmission automatique entre régimes des protocoles de soins et des déclarations de médecin traitant en cas de changement de régime d'un assuré ;
- la convergence des télé-services grâce au portail « espace pro » de l'assurance maladie lancé en juillet 2008 ;
- le renforcement de la logique de guichet unique grâce à la convention ACOSS/CNAMTS signée en février 2008 et en cours de mise en œuvre ;
- la dématérialisation des formulaires pour les maladies à déclarations obligatoires pour laquelle l'INVS a engagé une réflexion mi 2008 ;
- la démarche de soins infirmiers sera révisée pour la fin 2008, simplifiant le dispositif pour les infirmiers et les praticiens ;
- la mise en place de dispositifs d'aide à la création de structure de mutualisation des compétences professionnelles (ex : 100 maisons de santé en 2008) permettant notamment de faciliter le recours à un secrétariat.

Il s'agit d'un chantier administratif de grande ampleur et d'une démarche permanente.

Il répond à une logique de services développée par l'assurance maladie, conformément aux orientations de la Convention d'Objectifs et de Gestion État/CNAMTS 2006-2009.

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

Deux lois successives de juillet 2003 puis de décembre 2004 ont habilité le gouvernement à simplifier le droit par voie d'ordonnances. Ces deux lois contiennent de nombreuses dispositions en matière de sécurité sociale et la plus grande partie de ces sujets a déjà fait l'objet d'ordonnances publiées en 2004 et en 2005 qui sont rappelées ici pour mémoire et sont pour l'essentiel déjà entrées en application :

- 1° L'ordonnance n° 2004-329 du 15 avril 2004 allégeant les formalités applicables à certaines prestations sociales, prise en application de l'article 15 de la loi n° 2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le Gouvernement à simplifier le droit, visait à faciliter la vie des bénéficiaires de diverses prestations de sécurité sociale.
- 2° L'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004, simplifiant le minimum vieillesse a été prise en application de l'article 15 de la loi précitée du 2 juillet 2003. Le décret d'application n° 2007-56 est paru le 12 janvier 2007.
- 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° 2005-804 du 18 juillet 2005, prise en application des articles 71 et 84 de la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit, concernait plusieurs domaines et s'adressait à plusieurs types d'usagers ou d'acteurs de la sécurité sociale.

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.

Ce projet contenait un ensemble de cinq dispositions concernant la sécurité sociale. Il s'agissait prioritairement de mesures de simplification en faveur des usagers. Ce projet de loi n'a cependant jamais été inscrit à l'ordre du jour du Parlement.

En juin 2007, le gouvernement a relancé les travaux sur ce dossier pilotés par la Direction de la modernisation de l'État (DGME). Fin septembre, une proposition de loi des députés WARSMANN, BLANC et JEGO a largement repris une partie des dispositions en préparation. C'est devenu la loi n° 2007-1787 du 20 décembre 2007 relative à la simplification du droit. Elle comporte notamment la suppression de l'obligation pour les parents d'envoyer à la caisse d'allocations familiales les justificatifs de passation des trois examens postnataux de leurs enfants, déjà transmis en parallèle aux protections maternelles et infantiles des conseils généraux, chargés du suivi sanitaire.

Fin 2007, le gouvernement a invité les ministères à poursuivre le travail de simplification du droit.

Une proposition de loi parlementaire déposée en juillet 2008, s'appuyant sur les travaux ministériels, va porter les mesures de simplification du droit. La proposition de M. WARSMANN, président de la commission des lois de l'Assemblée nationale, reprend quatre dispositions concernant la sécurité sociale.