

# 2010

## SÉCURITÉ SOCIALE



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

#### ANNEXE 3

- Mise en œuvre de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009
- Mesures de simplification



*Liberté • Égalité • Fraternité*  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL,  
DES RELATIONS SOCIALES,  
DE LA FAMILLE,  
DE LA SOLIDARITÉ  
ET DE LA VILLE

MINISTÈRE DU BUDGET,  
DES COMPTES PUBLICS  
DE LA FONCTION PUBLIQUE  
ET DE LA RÉFORME  
DE L'ÉTAT

MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DES SPORTS

[www.travail-solidarite.gouv.fr](http://www.travail-solidarite.gouv.fr)  
[www.budget.gouv.fr](http://www.budget.gouv.fr)  
[www.sante-sports.gouv.fr](http://www.sante-sports.gouv.fr)

**ANNEXE 3**

**A / MISE EN ŒUVRE  
DE LA LOI DE  
FINANCEMENT DE LA  
SÉCURITÉ SOCIALE  
POUR 2009**

**B / MESURES  
DE SIMPLIFICATION**

# A / MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2009

## 1. Dispositions relatives à l'année 2008

### Section 2 - Dispositions relatives aux dépenses

#### Article 5: Baisse de la dotation du FIQCS, de l'EPRUS et du FMESPP

Cet article a réduit pour 2009 la dotation assurance maladie du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) respectivement de 100 M€, 70 M€ et 20 M€.

Pour le FMESPP, cette mesure prend acte du décalage croissant entre les montants engagés annuellement par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) au titre du FMESPP et les montants effectivement décaissés par le gestionnaire du fonds, la Caisse des dépôts et consignation, sans toutefois remettre en cause les engagements pris par le Fonds.

Le FIQCS comprend, d'une part, une dotation consacrée au financement d'actions à caractère national ou interrégional, et, d'autre part, une dotation réservée au financement d'actions à caractère régional. Pour 2008, il avait été constaté que la dotation consacrée au financement d'actions à caractère national ou interrégional serait sous-consommée du fait de la démarche de revue du projet du dossier médical personnel (DMP) engagée courant 2007, et du délai nécessaire pour la mise en œuvre des expérimentations de gestion d'une enveloppe pour la rémunération de la permanence des soins par les missions régionales de santé. Cet article vise donc à ajuster le montant de la dotation de l'assurance maladie au regard de la sous-consommation prévisionnelle du fonds.

En dépit d'engagements budgétaires conséquents, l'EPRUS n'avait pas utilisé l'ensemble des crédits de paiement mis à sa disposition. La dotation de l'assurance maladie pour 2008 a donc été abaissée afin d'assurer l'équilibre entre les financements respectifs de l'État et de l'assurance maladie prévu par l'article L. 3135-4 du code de la santé publique.

#### Article 6: Revalorisation exceptionnelle des pensions

Cet article a entériné la revalorisation de 0,8 % dont ont bénéficié au 1<sup>er</sup> septembre 2008 les pensions de retraite et les prestations légalement indexées sur elles, conformément à l'annonce du Président de la République du 6 mai 2008.

Cette revalorisation exceptionnelle visait à compléter la garantie de pouvoir d'achat des retraités à deux titres :

- en permettant d'abord de corriger l'écart de + 0,2 point sur l'année 2007 entre l'inflation définitivement constatée (1,5 %), et la prévision qui avait été retenue pour la revalorisation des pensions (1,3 %); pour le futur, de tels écarts seront désormais évités grâce à la révision des règles d'indexation prévue à l'article 54 (cf. infra);
- en anticipant en outre pour 0,6 point l'ajustement à venir en 2009, compte tenu de l'augmentation du taux d'inflation qui devrait être constatée entre la prévision initiale pour 2008 et le chiffre définitif qui sera établi au début de l'année 2009.

D'application directe, cette mesure est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009.

---

## **2. Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour 2009**

---

### **Section 1 – Reprise de dette**

---

#### **Article 10: Reprise de dette**

Cet article prévoyait la reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) des déficits cumulés à la fin 2008 des branches maladie et vieillesse du régime général ainsi que celui du Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Il a été mis en œuvre par deux décrets successifs.

Dans un premier temps, le décret n° 2008-1375 du 19 décembre 2008 (*Journal officiel* du 21) a fixé les modalités de reprise par la CADES des déficits cumulés prévisionnels des branches et fonds concernés. Cette opération s'est traduite par trois versements de la CADES à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) pour un total de 26,9 Md€ (dont l'un anticipé sur 2008).

Dans un second temps, le décret n° 2009-927 du 28 juillet 2009 (*JO* du 30) a fixé les montants définitifs des différents transferts financiers en fonction des déficits cumulés réellement constatés pour chacune des branches concernées compte tenu des résultats comptables de l'exercice 2008, approuvés par les conseils d'administration des différents organismes, ainsi que les différentes régularisations à opérer à ce titre. Au total, ce sont 27,0 Md€ qui ont été versés par la CADES à l'ACOSS.

### **Section 2 - Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement**

---

#### **Article 11: Affectation du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement**

Cet article a modifié la répartition du produit du prélèvement social de 2 % perçu sur les revenus du patrimoine et les produits de placement : la CNAV bénéficie non plus de 15 % mais de 30 % de cette recette ; en contrepartie, la quote-part affectée au fonds de solidarité vieillesse (FSV) passe de 20 % à 5 %.

D'application directe, cette mesure est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009.

#### **Article 12: Augmentation de la taxe sur les organismes complémentaires affectée au fonds CMU et mesures d'accompagnement**

Cet article a introduit de nouvelles modalités de financement pour le fonds CMU. La contribution des organismes complémentaires devient la seule ressource propre du fonds : la dotation de l'assurance maladie et les affectations de taxes (droit de consommation sur les tabacs et contribution sur les boissons de plus de 25°) sont supprimées. De plus, le report à nouveau constaté en fin d'exercice est pour tout ou partie reversé à la CNAMTS.

L'augmentation du taux de la contribution des organismes complémentaires de 2,5 % à 5,9 % nécessaire pour compenser la perte pour le fonds de ses recettes initiales est directement applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2009. Le fonds CMU est chargé de contrôler sa mise en œuvre, notamment de vérifier les déclarations et affectations d'assiette par les organismes complémentaires pour les exercices 2008 et 2009.

Un arrêté du 28 juillet 2009 (JO du 12 août) a fixé le montant du report à nouveau du fonds CMU affecté à la CNAMTS en 2009. Le report à nouveau a été affecté en totalité, soit 82,5 M€.

Par ailleurs, la suppression de la dotation de l'assurance maladie au titre du financement de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, revenant à faire financer le dispositif par le fonds CMU, a donné lieu à un arrêté de régularisation pour 2008 du 19 mai 2009 (JO du 28).

L'article 12 prévoit également l'augmentation du forfait trimestriel par bénéficiaire sur la base duquel le fonds CMU rembourse les organismes gestionnaires de la CMU complémentaire. Cette disposition ainsi que la présentation développée des comptes du fonds CMU en application du principe de non-contraction des comptes sont directement mises en œuvre par le fonds.

### **Article 13: Contribution dite « Forfait social »**

Cet article a introduit dans le code de la sécurité sociale les articles L.137-15 à L.137-17 créant une nouvelle contribution spécifique, dite forfait social, due sur des formes particulières de rémunération.

Sont inclus dans l'assiette du forfait social :

- les sommes versées par l'entreprise au titre de l'intéressement ou de la participation visées aux articles L.3312-4 et L.3325-1 du code du travail ;
- les abondements de l'employeur aux plans d'épargne d'entreprise (PEE), aux plans d'épargne interentreprises (PEI) ou aux plans d'épargne pour la retraite collectifs (PERCO) visés à l'article L.136-2 II 2° du code de la sécurité sociale ;
- les contributions des employeurs destinées au financement des prestations de retraite supplémentaire mentionnées à l'article L.136-2 II 4° du code de la sécurité sociale ;
- les sommes versées aux sportifs professionnels, pour leur part correspondant à la commercialisation de l'image collective de l'équipe à laquelle le sportif appartient, prévue à l'article L.222-2 du code du sport ;
- les sommes versées au titre de la prime exceptionnelle instaurée à l'article 2 de la loi n° 2008-1258 du 3 décembre 2008 en faveur des revenus du travail.

Le taux de cette contribution à la charge des employeurs est fixé à 2 %.

Cette mesure ne nécessitait pas la prise d'un texte réglementaire d'application. La circulaire n° DSS/SD5B/2008/387 du 30 décembre 2008 a détaillé les modalités techniques d'application de la nouvelle contribution, en détaillant notamment son champ d'application et ses modalités de recouvrement.

### **Article 14: Taxation des indemnités de rupture supérieures à 1 million d'euros**

Cet article a assujéti aux cotisations sociales au premier euro les indemnités de rupture versées par l'employeur à ses salariés supérieures à 30 fois le plafond annuel de la sécurité sociale (près d'un million d'euros).

Prenant également en compte les dispositions relatives à la rupture conventionnelle issues de la loi n° 2008-596 du 25 juin 2008 portant modernisation du marché du travail, la circulaire n° DSS/DGPD/SD5B/2009/210 du 10 juillet 2009 relative au régime social des indemnités versées en cas de rupture conventionnelle ou à l'issue d'un contrat à durée déterminée à objet défini, et des indemnités versées en cas de rupture du contrat de travail ou de cessation forcée des fonctions de mandataire social, est venue détailler l'appréciation et les effets du franchissement du seuil, notamment pour les personnes à la fois titulaires d'un contrat de travail et d'un mandat social.

**Article 15: Mesures relatives aux laboratoires pharmaceutiques  
(clause de sauvegarde, pérennisation du taux de la contribution  
sur le CA des laboratoires exploitants, dates de recouvrement  
de la taxe promotion, taux K)**

Cet article a modifié les contributions spécifiques auxquelles est assujettie l'industrie pharmaceutique. Il prévoit :

- une extension de la clause de sauvegarde à la « liste en sus » : la contribution dite « clause de sauvegarde » est due par les entreprises exploitant des médicaments remboursables en ville ou en rétrocession. Cette contribution est étendue aux médicaments facturés en sus des prestations d'hospitalisation à partir de 2010. L'accord cadre du 25 septembre 2008 conclu entre le comité économique des produits de santé (CEPS) et les entreprises du médicament (LEEM) avait déjà intégré les médicaments de la liste en sus dans la régulation nationale ;
- la fixation du taux K, taux de croissance du chiffre d'affaires au-delà duquel la clause de sauvegarde s'applique, à 1,4 % pour 2009, 2010 et 2011 ;
- la fixation à 1 % du taux de la contribution sur le chiffre d'affaires pour 2009, 2010 et 2011 ;
- un aménagement des contributions assises sur les dépenses de promotion : les dates de versement de ces deux contributions visant à limiter les dépenses de promotion des médicaments remboursables et de certains dispositifs médicaux ont été avancées, pour la moitié du versement, au 1<sup>er</sup> juin de chaque année.

Ces dispositions sont d'application directe.

**Article 16: Rattrapage de l'inflation pour les droits sur les alcools**

Cet article visait à remettre à niveau, au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, les tarifs des droits indirects sur les boissons et les alcools, par indexation sur l'inflation constatée au titre de l'année précédente.

Les sommes attendues sont entièrement affectées au financement des retraites des exploitants agricoles.

Les nouveaux tarifs, fixés par arrêtés du ministre du budget du 19 décembre 2008 et du 29 décembre, ont été publiés au *Journal officiel* respectivement les 26 et 31 décembre 2008. Un arrêté rectificatif du 9 avril 2009 (*JO* du 12 mai) complète le dispositif réglementaire.

Ainsi, au 1<sup>er</sup> janvier 2009, les tarifs ont été augmentés de 1,5 %, correspondant au taux d'inflation constaté en 2007.

**Article 17: Intégration financière de la branche maladie du régime  
des exploitants agricoles à la CNAMTS.**

Cet article a précisé que la protection sociale agricole relevait désormais et du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé de la sécurité sociale. Les décrets n° 2009-793 et 794 du 23 juin 2009 (*JO* du 25) complètent les différents articles du code rural et du code de la sécurité sociale relatifs à ce sujet. Il prévoit également que le conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole soit saisi pour avis pour tout projet de loi ou mesure réglementaire ayant des incidences sur les régimes agricoles. Le décret n° 2009-521 du 7 mai 2009 (*JO* du 10) précise les modalités de consultation du conseil d'administration de la CCMSA.

Il a également modifié les règles de gouvernance financière du régime des exploitants agricoles : le fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) a été supprimé et la gestion de la trésorerie du régime confiée directement à la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA). La CCMSA peut ainsi recourir à l'emprunt pour financer les prestations sociales des exploitants agricoles. Naturellement, elle continue d'assurer le service de la totalité des prestations et le recouvrement de l'ensemble des cotisations.

Le décret en conseil d'État n° 2008-1495 du 30 décembre 2008 (JO du 31) a dans un premier temps dissous le FFIPSA et transféré les droits et obligations du fonds à la CCMSA. Un liquidateur du fonds a ensuite été nommé pour sept mois par arrêté à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009. Un premier arrêté en cours de contreseing fixe les montants définitifs 2008 des comptes des différentes branches du régime des non salariés agricoles. Un second arrêté à paraître approuve le compte financier de l'établissement de gestion du FFIPSA et réparti, à l'issue de la période de liquidation, les disponibilités entre les différentes branches du régime des non salariés agricoles gérées par la CCMSA.

Enfin, cet article prévoit l'intégration financière de la branche maladie du régime des non salariés agricoles à la CNAMTS. Un décret à paraître détaille les modalités pratiques de cette intégration financière.

### **Article 18: Mesures agricoles (extension mesure stage, modification de l'exonération pour les travailleurs occasionnels et les demandeurs d'emploi, annualité des cotisations des non salariés)**

Dans son 1°, cet article a permis de renforcer la sécurité juridique des recettes du régime agricole: le principe d'annualité du versement des cotisations, qui prévaut depuis plusieurs dizaines d'années, est désormais clarifié en droit. Selon ce principe, si l'installation des exploitants agricoles intervient après le 1<sup>er</sup> janvier de l'année, aucune cotisation n'est due cette année-là. Inversement, lors d'une cessation d'activité, les chefs d'exploitation sont redevables de cotisations pour l'année entière, même si cette cessation d'activité intervient en cours d'année. Toutefois, une dérogation est prévue pour que les héritiers d'un chef d'exploitation décédé ne soient pas redevables des cotisations sur l'année entière.

Un décret simple est nécessaire pour mettre en œuvre l'annualité des cotisations des non salariés. Il est en cours de contreseing.

Dans les 2° à 6°, l'article disposait que le bénéfice de la franchise de cotisations qui était applicable aux stages effectués auprès des employeurs du régime général est désormais ouvert dans les mêmes conditions pour les stages effectués auprès des employeurs relevant du régime agricole. Cette franchise est de 390 euros (12,5 % du plafond horaire de sécurité sociale fois la durée légale du travail, soit 151,67 heures).

Le décret n° 2009-990 du 20 août 2009 pris en application de l'article L. 741-10-4 du code rural a été publié au *Journal officiel* du 22 août 2009.

Enfin, dans les 7° et 8°, la mesure prévoit que l'exonération ou la réduction des cotisations pour accidents du travail et maladies professionnelles pour les travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi dans le secteur agricole est supprimée. Cette suppression est déjà intervenue dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 pour tous les autres dispositifs d'exonérations de cotisations de sécurité sociale. L'objectif est d'inciter à la prévention et à la responsabilisation des employeurs.

Il n'y a pas de texte d'application à prendre pour cette mesure.

### **Article 19: Extension de mesures au régime agricole**

Cette mesure a donné la possibilité aux salariés agricoles d'affecter à un plan d'épargne retraite collectif ou à un régime de retraite supplémentaire les sommes issues de la monétisation des droits inscrits sur un compte épargne temps. La loi du 20 août 2008 portant rénovation de la démocratie sociale et réforme du temps de travail avait déjà offert cette possibilité aux salariés du régime général, il était normal que cela bénéficie également aux salariés du régime agricole.

Il n'y a pas de texte d'application spécifique à prendre.

Les autres mesures de l'article 19 ne constituent que des ajustements de références de codes, d'ordre technique et qui ne modifient pas les situations actuelles.



### **Article 20: Prise en charge des frais de transport domicile travail**

Cette mesure a étendu le dispositif de la « carte orange » à la province, c'est-à-dire l'obligation pour les employeurs de prendre en charge 50 % du titre de transport en commun ou du service public de location de vélos. Elle met également en place une « prime carburant », c'est-à-dire prise en charge facultative par l'employeur de tout ou partie des frais de carburant ou des frais exposés pour l'alimentation de véhicules électriques, pour les salariés qui, soit parce qu'ils habitent dans une zone dépourvue de transports en commun, soit parce qu'ils ont des horaires de travail ne leur permettant pas d'utiliser les transports en commun, sont contraints d'utiliser leur véhicule pour se rendre sur leur lieu de travail.

Le décret n° 2008-1501 du 30 décembre 2008 (JO du 31) a modifié le code du travail sur la partie relative aux frais de transport domicile-travail. La circulaire DSS/DGT/5B/200930 du 28 janvier 2009 a détaillé les modalités de mise en œuvre par les entreprises de ces mesures d'aide au transport domicile-travail et du régime social qui leur est applicable.

### **Article 22: Assujettissement des revenus distribués des gérants majoritaires de sociétés**

Cet article visait à clarifier les règles d'assujettissement aux cotisations et contributions sociales des revenus perçus, sous forme de revenus distribués ou d'intérêts de comptes courants, par les travailleurs non salariés des sociétés d'exercice libéral (SEL). Ce texte permet ainsi de régler une situation ayant conduit la Cour de cassation et le Conseil d'État à des conclusions différentes sur la qualification juridique des dividendes distribués aux dirigeants des sociétés d'exercice libéral ; il permet en outre de limiter les effets des pratiques d'optimisation sociale dans ces sociétés.

L'article 22 prévoit la réintégration dans l'assiette des cotisations et contributions sociales de la fraction des revenus distribués et d'intérêts payés qui excèdent 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant.

Le décret n° 2009-423 du 16 avril 2009 (JO du 18) précise les modalités de détermination du capital social et des sommes versées en compte courant d'associé. Une circulaire ministérielle commentera prochainement le nouveau dispositif.

### **Article 23: Compensation des allègements généraux: modalités de répartition des recettes fiscales et information annuelle du Parlement**

Cet article a modifié l'article L.131-8 du code de la sécurité sociale relatif à la compensation des allègements généraux par des recettes fiscales. Il permet d'abord de renforcer l'équité du mécanisme de compensation entre les régimes: les recettes fiscales sont dorénavant réparties au prorata des pertes de recettes subies par chacun d'entre eux, alors que la rédaction initiale figeait leur répartition à celle de 2006.

D'autre part, il rend pérenne le dernier alinéa de l'article L.138-1, qui prévoit l'information du Parlement sur l'évolution de la compensation des allègements généraux. Les dispositions initiales étaient limitées aux exercices 2007 et 2008. Le rapport relatif aux années 2007 et 2008 a été remis au Parlement le 25 mai 2009.

Cette mesure est d'application directe.

### **Article 24: Assujettissement aux cotisations d'assurance maladie des revenus imposables à l'étranger**

Cet article a conduit à faire acquitter aux personnes qui exercent une activité professionnelle à la fois en France et à l'étranger, sur la partie de leurs revenus non imposables en France, une cotisation d'assurance maladie d'un taux particulier, afin de rétablir l'égalité de traitement entre tous les ressortissants des régimes concernés.



Cette mesure est d'application directe, le taux de la cotisation d'assurance maladie majorée, soit 12 % pour les travailleurs indépendants (dont 2,4 % dans la limite du plafond et 9,6 % dans la limite de cinq fois le plafond) et 18,3 % pour les salariés étant déjà fixé par les articles D.612-4 du code de la sécurité sociale (pour les travailleurs indépendants) et D.242-3 du même code (pour les salariés).

### **Article 25: Exonérations liées à la transformation des institutions de retraite supplémentaire**

Cet article visait tout d'abord à reporter la date butoir de transformation des institutions de retraite supplémentaire prévue à l'article L. 941-1 au 31 décembre 2009 (initialement prévue au 31 décembre 2008). Ce report d'un an a été décidé par le législateur afin de permettre aux institutions de retraite supplémentaire de réaliser leurs opérations de transformation dans les meilleurs délais possibles.

Il a de plus modifié les conditions d'exonération de charges et contributions sociales des sommes versées par l'employeur à l'institution de retraite supplémentaire avant sa transformation, prévues par l'article 11 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, comme suit :

- le bénéfice de l'exonération est étendu aux dissolutions volontaires d'institutions de retraite supplémentaire ;
- le montant de l'exonération est portée à 100 % du minimum de provisions requis pour l'agrément en qualité d'institution de prévoyance afin de lever tout obstacle au provisionnement des engagements et donc à mieux sécuriser les droits des participants ;
- l'exonération porte sur les contributions qui ont pour objet de former des provisions destinées à couvrir des engagements de retraite évalués à la date de transformation de l'institution de retraite supplémentaire et au plus tard au 31 décembre 2008 (initialement prévue au 31 décembre 2003).

La circulaire DSS/3C/5B/2009/199 du 30 juin 2009 détaille les modalités d'application de cet article, en indiquant le traitement social des contributions patronales versées aux institutions de retraite supplémentaire, avant et après leur transformation.

### **Article 26: Dispositifs d'exonération de cotisation non compensés**

Cet article a listé les nouveaux dispositifs d'exonérations de cotisations sociales qui sont non compensés par le budget de l'État à la sécurité sociale. En effet, la nécessité de préserver les recettes de la sécurité sociale a conduit à prévoir dans la loi un principe de compensation intégral de ce type de dispositifs, cf. article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, renforcé dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. La loi organique du 2 août 2005 dispose que seule la loi de financement peut déroger à cette règle afin que l'application ou la non-application de la règle de compensation se fasse dans la transparence et en prenant bien en compte les effets de telles décisions sur la situation financière des régimes.

L'article 26 prévoit ainsi la non-compensation de deux dispositifs d'exonération à caractère exceptionnel (les primes prévues dans la loi pour le pouvoir d'achat et dans celle en faveur des revenus du travail), de l'exonération liée à la rupture conventionnelle du contrat de travail, des aides accordées en faveur des déplacements domicile/travail et de dispositifs dont les enjeux financiers sont réduits (l'extension au régime agricole de la franchise de cotisations pour les sommes versées aux stagiaires et de l'exonération liée à la remise gratuite au salarié de matériel informatique amorti).

Cette mesure est d'application directe.

### **Article 27: Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe V**

Cette mesure prévue par la loi organique est d'application directe.

## **Section 4 - Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité**

---

### **Article 33: Gestion et rémunération par l'ACOSS de la trésorerie d'organismes tiers**

Cet article a introduit un article L. 225-1-3 nouveau dans le code de la sécurité sociale qui autorise les organismes en relation avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à déposer tout ou partie de leur trésorerie auprès d'elle, contre rémunération.

Pour son application, l'article L. 225-1-3 renvoie à un décret en Conseil d'État (décret n° 2009-882 du 21 juillet paru au *Journal officiel* le 22 juillet 2009) modifiant l'article R. 255-5 lequel précise les modalités d'application des dépôts de trésorerie, notamment le contenu des conventions passées entre l'ACOSS et les organismes concernés.

### **Article 34: Rapport sur la gestion financière de la sécurité sociale**

L'article 34 a institué un rapport annuel du Gouvernement au Parlement sur la politique financière d'emprunt et de placement des régimes obligatoires de base, des organismes financés par ces régimes, ainsi que des organismes et des fonds visés au 8° du III de l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale. Postérieurement au vote de cet article, le rapporteur pour avis de la Commission des finances de l'Assemblée nationale a demandé à la Cour des comptes de produire un rapport. Ce rapport lui a été remis le 23 juillet 2009.

Cet article n'appelle pas de texte réglementaire d'application.

---

## **3. Dispositions relatives aux dépenses pour 2009**

---

### **Section 1 - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie**

---

#### **Article 36: Avis des organismes complémentaires pour les conventions**

Cet article a instauré un dispositif d'association des organismes complémentaires à la gestion du risque maladie en organisant la participation de l'UNOCAM aux négociations de l'UNCAM avec les syndicats de professionnels de santé ou de distributeurs de dispositifs médicaux, sans veto possible de ces derniers. Par ailleurs, pour les professions et prestations pour lesquelles la part des organismes complémentaires dans la prise en charge est significative, la convention ou son avenant ne sont valables que s'ils sont signés par l'UNOCAM.

Le décret n° 2009-514 du 5 mai 2009 (JO du 7) précise les conditions d'application de cet article : fixation à 21 jours du délai dont dispose l'UNOCAM pour transmettre à l'UNCAM sa volonté de participer aux négociations, encadrement de la procédure de transmission du projet de texte conventionnel par l'UNCAM à l'UNOCAM, fixation à 6 mois du délai d'attente avant transmission aux ministres d'un avenant que n'aurait pas signé l'UNOCAM intervenant dans un champ où la participation de l'assurance maladie obligatoire est minoritaire. L'arrêté du 5 mai 2009 (JO du 7)

fixe les professions et distributeurs de dispositifs médicaux pour lesquelles la signature de l'UNOCAM est requise : chirurgiens dentistes, audioprothésistes et opticiens-lunettiers. Pour ces trois professions, la prise en charge des dépenses par l'assurance maladie obligatoire s'élève en effet respectivement à 33 %, 15 %, et pour la dernière, 17 % pour les enfants, 3 % pour les patients âgés de plus de 20 ans.

L'application concrète des décrets et arrêtés a conduit l'UNCAM à inviter l'UNOCAM à participer à la prochaine négociation avec les médecins. Ils ont été auditionnés lors du conseil d'administration de l'UNCAM du 27 août 2009. L'UNOCAM a également donné suite le 24 juin dernier à l'invitation de l'UNCAM de participer aux négociations avec les opticiens.

L'article 36 modifie également le cadre des expérimentations sur la permanence des soins permises par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 en substituant au financement par le FIQCS, un financement sur le risque déterminé par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale. Le décret encadrant ces expérimentations est en cours de publication, tandis que l'arrêté déterminant les régions expérimentatrices ainsi que leur plafond de dépenses au titre des expérimentations de permanence des soins sont en cours de concertation.

### **Article 37: Prise en charge des cotisations sociales chirurgiens dentistes pour 2009**

L'actuelle convention régissant les rapports entre l'assurance maladie et les chirurgiens dentistes accordait des revalorisations immédiates d'honoraires en contrepartie d'une baisse du montant de la participation de l'assurance maladie au financement des cotisations d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens. Les syndicats non signataires ont attaqué ce nouveau dispositif qui a été annulé par le Conseil d'État pour la seule année 2006 pour rétroactivité. Le juge administratif a estimé que l'approbation étant intervenue après la date d'appel des cotisations, cela avait pour effet de modifier rétroactivement l'assiette de cotisation.

Du fait de cette décision, l'équilibre financier de la convention n'est plus assuré. L'assurance maladie supporte une charge non prévue. En effet, la convention a procédé à des revalorisations d'honoraires des chirurgiens dentistes qui sont entrées en vigueur dès 2006. Ainsi, au titre de l'année 2006, les dentistes ont bénéficié de 190 M€ de revalorisations, et se sont finalement vus en plus reverser 135 M€ relatif aux cotisations sociales 2006. Afin de rétablir l'équilibre financier global de la convention qui a été rompu la première année d'application, l'article 37 prévoit que c'est le directeur général de l'UNCAM qui détermine le niveau de la participation de l'assurance maladie au titre de la seule année 2009 afin qu'il puisse fixer un taux rétablissant l'équilibre financier de l'accord.

Cette décision a été prise, après avis des organisations syndicales représentatives de la profession, le 16 mars 2009 et publiée au *Journal officiel* du 25 mars.

Elle donne lieu à un contentieux introduit par l'un des syndicats représentatifs. Cette organisation a intenté un référé suspension qu'elle a perdu au motif que l'urgence n'était pas démontrée. L'affaire doit désormais être jugée au fond.

### **Article 38: Bilan annuel de l'UNCAM**

Cet article prévoit que l'UNCAM transmet chaque année un bilan de la mise en œuvre des mesures retenues l'année précédente dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Il dispose en outre que le comité d'alerte analyse les conditions d'exécution de l'ONDAM de l'année précédente, et évalue le risque en résultant sur le respect de l'objectif de l'année en cours. Il fixe enfin un délai d'un mois pour que soient transmises les propositions de mesures de redressement des caisses nationales d'assurance maladie en cas de dépassement du seuil d'alerte.

Cet article ne nécessitait pas de textes d'application.

L'UNCAM, dans l'annexe V de son rapport au Parlement des charges et produits pour 2010 validé par le conseil de l'UNCAM le 9 juillet 2009, a présenté le bilan détaillé des mesures proposées en 2009. Le seuil d'alerte n'ayant pas été dépassé, la disposition de l'article le concernant n'a pas eu à être appliquée.

#### **Article 39: Rémunération de la part soins des personnels universitaires de médecine générale**

L'article 36 de la loi réformant l'Hôpital et relative à la santé, aux patients et aux territoires (Loi HPST) a défini les missions du médecin généraliste de premiers recours, ce qui a permis de débiter les concertations avec les enseignants titulaires et non titulaires de médecine générale qui exerceront leur activité dans ce cadre. La formalisation du contrat-type prévu par le présent article 39 en découlera. Est actuellement en vigueur un contrat URCAM uniquement pour les chefs de clinique de médecine générale.

Par ailleurs, la loi HPST (art. 128) ayant supprimé les URCAM, l'ordonnance de coordination mentionnée à son article 133 prévoit de transformer le contrat avec l'URCAM en un contrat avec l'ARS, pris sur la base d'un contrat-type déterminé par l'UNCAM et le ministre chargé de la santé.

#### **Article 42: Mise en place de référentiels sur les processus de soins**

Cet article a prévu que pour les actes en série, des référentiels pourront être élaborés ou validés par la Haute Autorité de santé (HAS) sur le fondement d'une proposition de l'UNCAM. Ils détermineront le nombre de séances correspondant au traitement d'une pathologie. Si le professionnel de santé prescripteur ou prescrit désire effectuer un nombre de séances supérieur au référentiel, il devra obtenir l'accord du service médical de sa caisse locale d'assurance maladie.

Les référentiels proposés par l'UNCAM concernent la rééducation dans les suites de la reconstruction du ligament croisé antérieur du genou, la rééducation dans les suites de la libération du médian du canal carpien, et la rééducation dans les suites d'entorses cheville-pied. Pour ces 3 référentiels, la HAS a répondu à la saisine de l'UNCAM par lettre du 28 avril 2009, en considérant qu'aucun argument scientifique n'est de nature à s'opposer à la validation des seuils proposés. L'UNCAM n'a pas encore rendu ces référentiels opposables. La publication des référentiels s'accompagnera d'un décret en Conseil d'État encadrant la procédure d'accord préalable par le service médical de l'assurance maladie

Par ailleurs, 3 autres référentiels sont en attente d'une réponse: la rééducation après arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche, la rééducation après arthroplastie du genou par prothèse totale du genou, et la rééducation après chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendon rompu de la coiffe des rotateurs.

#### **Article 45: Financement de l'Agence des systèmes d'information de santé partagés**

Cet article a instauré une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés (GIP DMP).

Le financement actuel du GIP DMP est effectué transitoirement en quasi-totalité sur le FIQCS (fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins).

L'article 45 a prévu un financement pérenne du nouveau GIP sur le risque par dotation. Cette dotation, qui couvre les activités de l'actuel GIP DMP, du groupement d'intérêt public « carte de professionnel de santé » (GIP CPS) et du département interopérabilité du groupement pour la modernisation du système informatique hospitalier (GMSIH) sera fixée dans une fourchette de l'ordre de 60 à 90 M€ en 2010 et répartie entre les régimes d'assurance maladie par arrêté.

#### **Article 47: Encadrement des dépenses de la liste en sus des produits de santé**

L'article 47 organise un dispositif de régulation des dépenses de produits de santé des établissements de santé financées en sus, reposant sur l'amélioration de la qualité de la prescription.

Cet article a prévu trois types de mesure. La première consiste en la conclusion d'un contrat avec les établissements de santé en cas de croissance annuelle des dépenses de la liste en sus supérieure à celle fixée par arrêté interministériel (10 % d'après l'arrêté du 18 février 2009 – JO du 27) lorsque l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) estime que les prescriptions de produits de santé ne sont pas conformes aux référentiels et recommandations de la HAS, de l'AFSSAPS ou de l'INCA.

En cas de refus de l'établissement de conclure un tel plan, ou si le plan d'actions n'est pas respecté, l'ARH peut décider de diminuer le taux de prise en charge par l'assurance maladie des produits de santé financés en sus. Une circulaire ministérielle (10 juin 2009) a demandé aux acteurs locaux (ARH, OMEDIT, assurance maladie) d'engager dès 2009 une action d'appui vis-à-vis des établissements en vue, le cas échéant, de la conclusion d'un plan d'actions. Un premier bilan de ces actions pourra être effectué courant 2010.

La deuxième mesure a subordonné la prise en charge des spécialités inscrites en sus des prestations d'hospitalisation par l'assurance maladie à l'identification personnelle du médecin prescripteur. Des réflexions sont en cours quant aux modalités d'application, tenant compte du déploiement du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), de la capacité des établissements de santé à gérer cet identifiant dans leur système d'information, de la mise en place du circuit de facturation directe entre les établissements de santé et l'assurance maladie. Cette mesure prendra effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010.

La dernière mesure a subordonné la prise en charge des médicaments orphelins inscrits sur la liste en sus des prestations d'hospitalisation à la validation par les centres de référence maladies rares ou les centres de compétences rattachés des prescriptions initiales de ces médicaments. Une instruction ministérielle est en cours d'achèvement sur ce point afin de rendre opérationnelle cette mesure.

#### **Article 48: Clarification des prises en charge des médicaments administrés en consultation externe à l'hôpital**

Cet article a organisé, pour les produits de prescription hospitalière devant être administrés en établissements hospitaliers à des patients non hospitalisés (consultation externe), les conditions de remboursement de ces produits et le circuit de facturation. Le prix des spécialités est administré dans les mêmes conditions que ceux de la liste en sus, de façon à éviter toute dérive financière.

C'est le cas, par exemple, de la toxine botulique utilisée notamment pour traiter les problèmes de spasticité musculaire.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale doit prévoir l'intéressement de l'établissement lorsque le prix d'achat négocié est inférieur au tarif.

L'arrêté et l'application de la mesure font l'objet de discussions entre le ministère de la santé et l'AFSSAPS. En effet, la mesure pourrait amener l'AFSSAPS à modifier le statut de nombreux médicaments pour réserver ces produits aux prescripteurs hospitaliers avec administration dans ces établissements mais à des patients non obligatoirement hospitalisés.

#### **Article 49: Élargissement du répertoire des génériques**

La substitution d'une spécialité pharmaceutique est actuellement conditionnée par son inscription au répertoire des groupes génériques. Cet article a étendu le répertoire des groupes génériques dans deux cas précis. Toutes les formes orales à libération modifiée d'un même type (formes à libération prolongée, retardée et séquentielle) sont considérées comme une même forme pharmaceutique, même sous différentes présentations galéniques. Par ailleurs, un même groupe générique peut aussi contenir les différentes formes d'une spécialité de référence (sels, esters, orodispersible), à condition que l'autorisation de mise sur le marché ait été obtenue par une simple démonstration de bioéquivalence sans développement clinique spécifique.

Cet article s'applique au cas par cas, l'AFSSAPS décidant d'inscrire de nouvelles spécialités dans un groupe générique sur la base de cette extension. À ce jour, l'extension a été utilisée pour inscrire la spécialité Biocoversyl (Perindopril arginine) dans le groupe des génériques de Coversyl (Perindopril).

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

#### **Article 50: Prescription en DCI**

La substitution d'une spécialité pharmaceutique est facilitée si la prescription est réalisée en dénomination commune internationale (DCI). La substitution d'une spécialité pharmaceutique est déjà actuellement possible, dès que la prescription se fait au sein d'un groupe générique, qu'elle soit en DCI ou en nom de marque. Cet article a obligé les prescripteurs à libeller leurs prescriptions en DCI au sein d'un groupe générique. Il est d'application directe.

#### **Article 51: Prise en charge des actes et des dispositifs médicaux innovants**

Cet article permet de financer les dispositifs médicaux et les actes innovants au travers d'un forfait « global » regroupant le coût de l'acte et celui du dispositif. Il se traduira par des arrêtés spécifiques à chaque dispositif.

Il prévoit donc une diffusion maîtrisée de l'innovation afin qu'elle se réalise dans les meilleures conditions de sécurité, par exemple restreinte à un nombre limité de centres composés d'équipes formées. Il permet également la poursuite de l'évaluation de ces produits afin que les pouvoirs publics disposent d'études de qualité pour décider ou non de leur prise en charge.

Le mode de financement de cette mesure a été modifié par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (art. 5) à partir de 2010. Elle ne pourra donc trouver à s'appliquer qu'à partir de l'année prochaine.

#### **Article 52: Rapport sur la contraception**

L'évaluation de l'efficacité des dépenses engagées en matière de contraception et l'étude des moyens d'amélioration du remboursement des contraceptifs ont été confiées à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). L'Inspection générale des affaires sociales a été missionnée à cet effet dans le cadre de l'évaluation de l'impact de la loi du 4 juillet 2001 relative à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse. Ses travaux sont en cours et permettront au Gouvernement de transmettre au Parlement avant le 31 décembre 2009 le rapport prévu au présent article.



### **Article 53: Financement des établissements de santé**

Le décret n° 2009-213 du 23 février 2009 (*JO* du 24) décline thème par thème les dispositions de cet article. Il permet la sécurisation juridique de la campagne tarifaire, et l'amélioration de la sécurité juridique du fonctionnement des établissements de santé. De nombreux contentieux ont en effet conduit à l'annulation de deux arrêtés fixant les ressources d'assurance maladie des établissements de santé pour 2007 et 2008, sur des questions de procédure ou l'interprétation de dispositions.

Le décret a permis d'alléger et de préciser les critères utilisés pour la conduite de la campagne tarifaire, et notamment lors de la fixation de l'objectif quantifié national (OQN), de l'objectif de dépenses des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO) et de l'évolution moyenne nationale des tarifs de prestation. Le décret a assoupli le dispositif de financement des opérations de fongibilité en permettant la validation par l'administration centrale des opérations tout au long de l'année et la notification des crédits transférés à l'établissement bénéficiaire. La régularisation de ces opérations de transfert est faite au niveau national en fin d'année par la modification de l'arrêté fixant les objectifs de dépenses ODMCO, OQN et ODAM (psychiatrie et services de soins et de réadaptation). Le décret a apporté des précisions sur différents tarifs : possibilité de facturer aux patients la part qui leur revient sur les forfaits annuels de prestation, précisions quant aux modalités de calcul des tarifs journaliers de prestations, qui servent de base au calcul de la participation du patient.

L'article 53 a par ailleurs harmonisé les modalités de convergence ainsi que les modes de fixation des règles de calcul des tarifs des unités de soins de longue durée et des établissements relevant du champ médico-social. Un arrêté du 17 mars 2009 a déterminé ces modalités de calcul et de convergence tarifaire.

### **Article 54: Report de la facturation directe**

Cet article a repoussé la date de la facturation directe des établissements publics de santé au 1<sup>er</sup> juillet 2011. Il définit également les conditions d'une expérimentation de la mise en œuvre de cette facturation directe. Un décret doit venir préciser les conditions de cette expérimentation. Il ne sera écrit qu'une fois fixés les objectifs et la portée précise de l'expérimentation. Un arrêté précisera la liste des établissements et organismes de sécurité sociale participant à cette expérimentation. Un chef de projet a été recruté pour travailler spécifiquement sur cette question. Il est placé auprès du secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales.

### **Article 59: Extension de la mise sous entente préalable pour les prestations hospitalières atypiques**

Cet article d'application directe a étendu, à l'issue d'une procédure contradictoire, la procédure de mise sous accord préalable prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 pour le développement de la chirurgie ambulatoire, à des prestations d'hospitalisation caractérisées par une évolution atypique ou non-conforme aux référentiels de la HAS. La CNAMTS a élaboré un plan d'actions qui devrait être mis en œuvre avant la fin de l'année et porter sur environ cinq prestations repérées comme étant particulièrement déviantes. La définition de ces cinq actes est encore en cours.

### **Article 60: Masse salariale et PQE**

Cet article a précisé que les données de cadrage, les objectifs et les indicateurs du programme de qualité et d'efficience « Maladie » doivent comporter des éléments relatifs aux effectifs et à la masse salariale des établissements de santé, et doivent permettre d'apprécier les conditions selon lesquelles sont mis en œuvre les comptes épargne - temps dans les établissements hospitaliers.



Le programme de qualité et d'efficacité « Maladie » qui sera annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 comportera un indicateur de cadrage supplémentaire portant sur l'évolution des effectifs de personnel médical et non médical des établissements de santé publics, privés participant au service public hospitalier et privés à but lucratif, l'évolution de la masse salariale de ces différentes catégories d'établissements, ainsi que des données sur l'utilisation des comptes épargne – temps dans les établissements publics de santé.

#### **Article 61 : Adaptation des prescriptions par les pédicures-podologues**

L'article 61 prévoit que « Les pédicures podologues peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires datant de moins de trois ans, dans des conditions fixées par décret et sauf opposition du médecin. » (art. L.4322-1 du code de la santé publique).

Le décret n° 2009-983 du 20 août 2009 (*JO* du 21) rend cette mesure applicable. Il autorise les pédicures-podologues à renouveler les prescriptions médicales d'orthèses plantaires datant de moins de trois ans et rappelle que ce renouvellement n'est pas possible en cas d'opposition expresse du médecin. Les pédicures podologues ont l'obligation d'informer le médecin des actes effectués.

#### **Article 62: Récupération des sommes versées à tort aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**

Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (soit les établissements pour personnes âgées dépendantes et les unités ou centres de soins de longue durée) bénéficient pour les soins dispensés à ces personnes d'un tarif journalier afférent aux soins qui est financé entièrement par l'assurance maladie et recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques ainsi que les prestations paramédicales liées à l'état de la dépendance des personnes accueillies (art. R. 314-161 du code de l'action sociale et des familles).

Des soins de ville peuvent être facturés pour ces personnes âgées alors qu'ils devraient être pris en charge dans le cadre des forfaits soins.

Pour éviter que l'assurance maladie ne paie deux fois les mêmes soins, l'article 62 a prévu que dans ce cas les sommes indûment payées sont déduites par la caisse pivot dont relève l'établissement, des versements ultérieurs qu'elle lui alloue au titre du forfait de soins, sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu.

L'article a par ailleurs renvoyé à un décret le soin de définir les modalités de reversement par la caisse pivot de ces sommes aux différents organismes d'assurance maladie concernés (décret n° 2009-549 du 15 mai 2009 (*JO* du 17) qui précise que la caisse pivot reverse les sommes concernées au plus tard dans les trois mois qui suivent leur récupération). Les autres dispositions de l'article sont applicables aux notifications de sommes indûment adressées à compter de l'entrée en vigueur de la loi, le 19 décembre 2008.

La circulaire n° DSS/DGAS/2C/2009/75 du 12 mars 2009 détaille les modalités d'application de la mesure.

#### **Article 63: Tarification des établissements médico-sociaux**

L'article 63 a pour objet de poursuivre le processus de convergence tarifaire des établissements et services sociaux et médico-sociaux et de mettre en place dans certains établissements une tarification à la ressource. Dans ce cadre, le I de l'article a autorisé les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget à fixer les règles de convergence tarifaire s'appliquant aux établissements et services sociaux et médico-sociaux dépassant leurs

tarifs plafonds, afin de ramener les tarifs pratiqués à ces plafonds. C'est ce qu'a fait l'arrêté du 26 février 2009 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L. 314-3-II du code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L. 313-12 du code précité.

Le III de l'article a défini pour la première fois dans la partie législative du code de l'action sociale et des familles la structuration tarifaire des établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'article L. 314-2 du code a donc été entièrement réécrit et reprend la triple composante autrefois prévue par la partie réglementaire du code, et aménage la procédure applicable au tarif afférent aux soins.

Cette réécriture n'entrera en vigueur qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. Elle laisse ainsi le temps au Gouvernement de mener à bien l'indispensable concertation avec l'ensemble des acteurs du secteur médico-social, ainsi qu'avec les Départements en vue de la rédaction d'un décret en Conseil d'État qui sera publié dans le courant du dernier trimestre 2009.

#### **Article 64: Intégration des médicaments dans les forfaits de soins des EHPAD**

L'article 64 repose sur un triptyque: expérimentation, listes en sus, création de pharmaciens référents. La réintégration des médicaments dans la dotation soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur (PUI), à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, fait d'abord l'objet d'expérimentations, sur la base du volontariat, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, et pour une période n'excédant pas deux ans; ces expérimentations sont réalisées sur le fondement d'une estimation quantitative et qualitative de l'activité. Un rapport d'évaluation de ces expérimentations devra être remis par le Gouvernement au Parlement avant le 1<sup>er</sup> octobre 2010.

Les ministres ont chargé M. Pierre-Jean Lancry, début 2009, de mettre en place les outils nécessaires au démarrage de cette expérimentation; le rapport a été remis à la ministre en août 2009. Par ailleurs, une circulaire en date du 6 août 2009 a été adressée aux DDASS et DRASS pour leur expliquer le déroulement de l'expérimentation et, en tout premier lieu, le choix des EHPAD qui participeront à l'expérimentation. Celle-ci devrait débuter en octobre 2009.

Par ailleurs, l'article 64 précisait qu'un arrêté détaillerait la liste des médicaments les plus coûteux qui seront facturables en sus des forfaits de soins (« liste en sus »). Les produits inscrits sur cette liste ne seraient pas financés par les forfaits soins mais seraient tout de même pris en charge directement par l'objectif global de dépenses médico-social « personnes âgées » (et non pas par l'enveloppe « soins de ville »). Les arbitrages relatifs à cet arrêté sont encore en cours.

Cet article a instauré le principe d'un pharmacien d'officine référent pour l'établissement après avis du médecin coordonnateur; celui-ci doit permettre d'améliorer le circuit du médicament et son bon usage au sein de l'EHPAD, en lien avec le médecin coordonnateur et les médecins traitants.

Par ailleurs, le Sénat avait souhaité conférer une solennité législative au rôle du médecin coordonnateur, qui fait l'objet du III de l'article: cela suppose un toilettage par décret simple de l'article D.312-158 du code de l'action sociale et des familles qui interviendra au cours du second semestre 2009.

#### **Article 65: Élargir le périmètre de la section IV et permettre le report des excédents de la section I à la section IV CNSA**

Le I de l'article 65 avait pour objet de faire participer la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au financement de la formation des aidants et des accueillants familiaux de personnes âgées ou handicapées adultes. Le Conseil constitutionnel a estimé, dans sa décision

n° 2008-571, que cela ne relevait pas du domaine des lois de financement de la sécurité sociale et l'a censuré. Depuis, cette disposition a été réintroduite dans la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (17° et 18° de l'article 124).

Ne subsiste donc plus que le II de l'article 65 dont l'objectif était de restructurer l'affectation des crédits non consommés de la CNSA au cours d'un exercice budgétaire afin d'élargir le périmètre des actions pouvant être financées par ce biais, en particulier les actions de formation. Pour l'instant, cette nouvelle possibilité n'a pas été utilisée (l'arrêté du 3 avril 2009 paru au *Journal officiel* du 17 avril 2009 fixant le montant des reports de crédits affectés à d'autres sections prévu à l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles), les budgets initiaux consacrés à ces actions pour 2009 ayant été estimés suffisants.

#### **Article 66: Statut des accueillants familiaux**

Cet article a précisé que les accueillants familiaux employés par des établissements publics de santé sont des agents non titulaires de ces établissements. Il est d'application directe.

#### **Article 67: Transfert contentieux ONIAM et dotation ONIAM**

Cet article a confié à l'ONIAM une nouvelle mission en créant une procédure d'indemnisation amiable des victimes de préjudices résultant de contaminations par le virus de l'hépatite C (VHC) causées par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang. Cet article a transféré également à l'ONIAM la gestion des contentieux en cours exercés par les victimes du VHC contre l'Etablissement Français du Sang (EFS). Une dotation est versée par l'EFS à l'ONIAM couvrant l'ensemble des dépenses exposées par l'ONIAM dans le cadre de ces nouvelles missions.

Le dernier alinéa du I de l'article a précisé que les modalités d'application de cet article sont fixées par décret en Conseil d'État et le III a disposé qu'un décret fixe les modalités de versement de la dotation de l'EFS à l'ONIAM. Ces deux projets de décret sont actuellement en cours de finalisation.

Le VI de l'article 67 fixe la dotation globale pour le financement de l'ONIAM à 117 M€.

#### **Article 68: Dotation au FIQCS, au FMESPP et à l'EPRUS**

L'article 68 a fixé pour 2009 les montants de participation des régimes d'assurance maladie pour le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

Cet article a ouvert en outre au financement des missions de conception des modalités de financement des activités de soins des établissements de santé et de conduite des expérimentations prévues au I de l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 exercées par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

La répartition entre les régimes d'assurance maladie pour l'année N est fixée par arrêté pour le FIQCS (l'arrêté sera pris en toute fin d'année), le FMESPP (arrêté du 2 février 2009 paru au *Journal officiel* du 12 février 2009). Concernant l'EPRUS, un courrier sera transmis à chaque régime afin de lui notifier sa participation au financement du fonds en toute fin d'année. Par ailleurs, une lettre des ministres a été envoyée en juillet à la CNAMTS pour l'informer que les besoins de financement de l'EPRUS seraient supérieurs à ceux qui avaient initialement prévus par la loi de financement du fait des dépenses supplémentaires que devra engager le fonds d'ici la fin de l'année dans le cadre du plan de lutte contre la pandémie grippale.

Le montant 2009 des recettes du FIQCS a été fixé par la loi de financement à 240 M€ (231 M€ en 2008), pour un plafond de dépenses de 320 M€, adopté par le comité national de gestion (CNG) du fonds dans sa réunion en date du 25 novembre 2008. La visibilité sur 2009 est encore limitée mais le taux de consommation des dotations confiées aux missions régionales de santé a été particulièrement important en 2008 (90 %).

Le montant 2009 des recettes du FMESPP a été fixé par la loi à 191 M€. Par ailleurs, le montant prévu pour 2008 a fait l'objet d'un gel de 100 M€ en loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, justifié par un important report de crédits non consommés au titre des années antérieures (art. 5). Il s'ensuit une diminution très sensible des réserves du fonds.

Un important travail d'amélioration de la gouvernance et de la transparence des engagements du FMESPP a été engagé, suite au rapport de la Cour des Comptes.

### **Article 69: Complémentaire retraite des hospitaliers**

Afin d'assurer le redressement financier de la complémentaire retraite hospitalière (CRH), l'article 69 a prévu qu'un arrêté des ministres chargés de la santé, de l'économie, et du budget fixe chaque année le montant du versement de la contribution de l'assurance maladie au comité de gestion des œuvres sociales (CGOS).

Afin de faciliter les négociations, les ministres de l'économie et des finances et le ministre de la santé ont nommé un médiateur en 2006 pour élaborer un plan de consolidation du régime. Un plan de redressement sur 20 ans de ce produit d'assurance a été proposé en vue d'assurer aux adhérents une rente viagère intégralement provisionnée.

L'effort financier est réparti chaque année entre les adhérents (58 M€), les AGF (24 M€) et l'assurance maladie (14 M€).

L'arrêté fixant la contribution de l'assurance maladie a été signé le 23 juin (JO du 26). Il convient de noter qu'au titre de l'année 2009, la dotation versée de 28 M€ correspond à 2 années de versement (au titre de l'année 2008 et au titre de l'année 2009).

## **Section 2 - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse**

### **Article 73: Revalorisation du minimum vieillesse**

Concrétisant les engagements du Président de la République matérialisés par le versement exceptionnel de 200 € dès 2007 à ses titulaires, cet article engage la revalorisation du minimum vieillesse des personnes seules de 25 % entre 2007 et 2012, en autorisant entre 2009 et 2012 une revalorisation supérieure à celle qui résulterait de la loi, qui prévoit la revalorisation sur les prix.

Cette mesure supposait deux séries de dispositions d'application :

- des dispositions déconnectant les évolutions de l'allocation supplémentaire aux personnes âgées (ASPA, qui remplace depuis 2007 les différentes allocations qui constituaient jusqu'alors le minimum vieillesse) et du minimum vieillesse, dispositions relevant d'un décret en Conseil d'État et d'un décret simple ;
- des dispositions fixant l'évolution du minimum vieillesse de 2007 à 2012.

Le décret n° 2008-1509 du 30 décembre 2008 et le décret en Conseil d'État n° 2009-1555 du 31 décembre 2008 (JO des 31 décembre 2008 et 1<sup>er</sup> janvier 2009) portant dispositions relatives à l'assurance vieillesse complètent au niveau réglementaire la déconnexion des niveaux de l'ASPA et de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).

Le décret n° 2009-473 du 28 avril 2009 (JO du 29) relatif à la revalorisation du minimum vieillesse revalorise les montants maximum servis au titre de l'ASPA, ainsi que les plafonds de ressources applicables pour le service de l'ASPA, au 1<sup>er</sup> avril 2009, 2010, 2011 et 2012. Il tire également les conséquences de cette revalorisation sur le montant maximum récupérable sur successions au titre de l'ASPA, et sur les anciennes prestations constitutives du minimum vieillesse.

#### **Article 74: Majoration des pensions de réversion**

Cet article a majoré de 11 % à compter de 2010, les pensions de réversion servies aux veufs et veuves d'au moins 65 ans et disposant de faibles pensions de retraite (moins de 800 € par mois).

De plus une condition d'âge (fixée à 55 ans par voie réglementaire) a été rétablie pour le bénéfice de la pension de réversion.

Les décrets n° 2008-1555 du 31 décembre 2008 (JO du 1<sup>er</sup> janvier 2009) et n° 2008-1509 du 30 décembre 2008 (JO du 31) portant diverses dispositions relatives à l'assurance vieillesse ont :

- fixé l'âge permettant d'ouvrir le droit à la réversion (55 ans) ;
- assoupli la date de prise d'effet de la pension de réversion (ouvrir la faculté au conjoint survivant de choisir la date à laquelle il souhaite obtenir le bénéfice de sa pension de réversion).

Les décrets n° 2009-788 et n° 2009-789 du 23 juin 2009 (JO du 25), relatifs aux conditions d'attribution de la majoration de la pension de réversion et à certaines conditions d'attribution du minimum contributif, de l'allocation de solidarité aux personnes âgées et de la majoration de la pension de retraite de base des personnes non salariées des professions agricoles ont fixé :

- les dispositions d'application de la majoration de pension de réversion : modalités d'appréciation des ressources et les conditions pour en bénéficier ;
- le taux de la majoration de pension de réversion (11,1 %) et le plafond de ressources au-delà duquel la majoration est écartée (2 400 € par trimestre, soit 800 € par mois).

Une lettre ministérielle adressée au régime général, au régime agricole, aux régimes des artisans, commerçants et professions libérales (hors avocats), signée le 30 juin, détaille certaines modalités relatives à la revalorisation et à la définition d'un avantage de retraite, nécessaires à la bonne application de la mesure.

Pour le régime de Saint-Pierre-et-Miquelon, les dispositions réglementaires seront prises d'ici la fin de l'année.

#### **Article 75: Avis du Conseil d'orientation des retraites (COR) sur les modalités techniques d'un passage à un régime de retraite par points ou comptes notionnels**

*Cet article prévoit qu'« avant le 1<sup>er</sup> février 2010, le Conseil d'orientation des retraites remet aux commissions compétentes de l'Assemblée nationale et du Sénat un rapport sur les modalités techniques de remplacement du calcul actuel des pensions personnelles par les régimes de base d'assurance vieillesse légalement obligatoires, soit par un régime par points, soit par un régime de comptes notionnels de retraite fonctionnant l'un comme l'autre par répartition. (...) Ce rapport est rendu public après sa transmission aux commissions compétentes. »*

Dans un régime à points – comme l'Agirc-Arrco (régime complémentaire obligatoire des salariés du privé) et la CNAVPL (régime base-complémentaire des professions libérales) – chaque assuré dispose d'un compte personnel par points, alimenté tout au long de la vie par son effort contributif ; au moment de la liquidation, ces points sont transformés en pension de retraite.

Dans son principe, un système de retraites par comptes notionnels va plus loin : il tient compte de l'espérance de vie. En outre la Suède, par exemple, a fusionné les différents régimes et ne distingue pas régime de base et régime complémentaire.

Les questions posées au COR par cet article sont multiples, qu'il s'agisse de la définition des paramètres du nouveau système (plafonds, coefficients de cotisations, de conversion, de prise en compte de l'espérance de vie...), du devenir des dispositifs de solidarité en termes de prestations (réversion, minimum vieillesse, minimum contributif...) ou d'acquisition de droits (travail à temps partiel, périodes de maternité, chômage, invalidité, charges de famille...), ainsi que les modalités éventuelles, dans le temps, de la réforme : éventuelle fusion des régimes, éventuelle intégration base-complémentaire, mesures transitoires, compensations entre gagnants et perdants.

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

### **Article 76: Échanges d'informations entre régimes de retraite**

Cet article a prévu la communication par voie électronique, entre organismes chargés de la gestion des régimes de retraite de base et complémentaires, des informations nécessaires à la détermination du droit au bénéfice des prestations de retraite et à leur calcul. Le répertoire inter-régimes de retraite représentera une véritable simplification des démarches de l'assuré, celui-ci n'étant plus sollicité, et une simplification en gestion pour les régimes qui éviteront des échanges multiples par courrier papier.

Il dispose également que le décret en Conseil d'État pris pour la mise en œuvre de cette disposition peut prévoir la création d'un répertoire. Ce décret requiert au préalable l'avis de la CNIL.

Ce décret en Conseil d'État sera pris à la fois en application de l'article L.161-1-6 CSS (art. 76 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009) et en application de l'article 27 I de la loi du 6 janvier 1978 modifiée (décret en Conseil d'État après avis de la CNIL pris pour la création d'un traitement de données à caractère personnel parmi lesquelles figure le numéro de sécurité sociale (NIR)).

Le projet de décret en Conseil d'État s'applique au répertoire qui sera créé de façon transitoire pour répondre à l'exigence législative, de même qu'aux échanges qui seront développés postérieurement dans le cadre du dispositif d'échange du répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) et qui se substitueront au répertoire à horizon 2013.

Les régimes utilisateurs auront accès aux données des assurés concernés (y compris les montants des avantages de retraite servis s'ils sont inférieurs aux seuils) pour l'application des trois mesures suivantes :

- la majoration de pension de réversion attribuée, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, aux conjoints survivants d'au moins 65 ans ayant fait valoir l'ensemble des droits propres et dérivés auxquels ils peuvent prétendre et dont la somme de ces droits ne dépasse pas le seuil mensuel de 800 € ;
- la revalorisation des pensions servies par le régime des exploitants agricoles, qui bénéficie, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, aux assurés ayant fait valoir l'ensemble des droits propres et dérivés auxquels ils peuvent prétendre et dont le total des droits propres et dérivés imposables et des majorations pour enfants n'excède pas 750 € par mois ;
- le recentrage du minimum contributif, au plus tard à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011, sur les assurés ayant fait valoir l'ensemble des droits propres auxquels ils peuvent prétendre et dont le total de ces droits n'excède pas un plafond qui reste à déterminer.

Ce répertoire doit être opérationnel au 1<sup>er</sup> décembre 2009 pour que les régimes puissent instruire les droits à majoration de pension de réversion des conjoints survivants âgés d'au moins 65 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2010.



Le projet de décret et le dossier technique constitué à l'appui ont été soumis fin juillet à la CNIL qui donnera son avis en septembre. L'examen du décret par le Conseil d'État, sa signature et sa publication sont prévus pour novembre.

Le caractère opérationnel du répertoire permettra l'instruction des droits à majoration de pension de réversion ce qui nécessitera une mobilisation très forte de l'ensemble des organismes gérant un régime de retraite au cours du dernier trimestre de cette année.

### **Article 77: Revalorisation des petites retraites agricoles**

Cet article a créé des le 1<sup>er</sup> janvier 2009 un montant minimum de pension en faveur des retraités agricoles les plus modestes (dont les retraites de base et complémentaire ne dépassent pas un seuil), soumis à des conditions de durée d'appartenance au régime agricole (17,5 puis 22,5 ans), et ciblant davantage les exploitants et les veuves.

Pour son application, le décret n° 2009-173 du 13 février 2009 (JO du 15) majorant les pensions de retraite de base des personnes non salariées des professions agricoles a créé un montant minimum de pension de retraite de 639,33 € par mois pour les chefs d'exploitation ou agricole et pour les veuves, et de 508,03 € par mois pour les conjoints, à condition que l'ensemble de leurs pensions ne dépasse pas un seuil, initialement fixé à 750 €, mais qui doit être porté à 800 € au vu des premiers éléments de bilan de la mesure, le décret modificatif étant en préparation.

Il est à noter que quand le répertoire inter-régimes des pensions liquidées prévu à l'article précédent sera opérationnel, la MSA pourra y recourir également pour l'application de cette majoration.

### **Article 78: Précisions sur le calcul des pensions agricoles**

Le rachat de périodes d'aide familial agricole a été introduit par la loi du 21 août 2003 relative aux retraites.

Le barème en vigueur auparavant qui variait selon la durée d'affiliation aux régimes agricoles a fait l'objet d'une annulation par le Conseil d'État.

Afin de pérenniser ce dispositif, l'article 78 a désormais prévu deux barèmes distincts, selon que le rachat est utilisé pour faire valoir des droits à pension seulement dans le régime des exploitants agricoles et dans le régime des salariés agricoles ou bien pour faire valoir des droits à pension auprès de l'ensemble des régimes de retraite.

Le décret n° 2009-599 du 26 mai 2009 (JO du 28) a :

- fixé le barème à 15 % du montant du rachat d'études supérieures (dit rachat « Fillon ») lorsqu'il est utilisé pour faire valoir des droits à pension seulement dans le régime des exploitants agricoles, et à 100 % du montant de ce même rachat lorsqu'il est utilisé pour faire valoir des droits à pension auprès de l'ensemble des régimes de retraite ;
- accentué le contrôle des demandes de rachat, notamment lorsqu'elles s'appuient sur des déclarations sur l'honneur: il définit la qualité des témoins et prévoit qu'ils se présentent en personne à la caisse chargée de l'instruction de la demande.

### **Article 79: Révision des règles d'indexation des pensions**

Pour remédier aux insuffisances du mécanisme actuel d'indexation des pensions de retraite, mises en évidence en 2008 après l'accélération de l'inflation fin 2007, la revalorisation des pensions de vieillesse du régime général intervient désormais au 1<sup>er</sup> avril, comme pour l'Agirc-Arrco, et non au 1<sup>er</sup> janvier.



Cela permet d'intégrer l'inflation effectivement connue de l'année précédente (connue en février), et une prévision d'inflation plus solide et récente de l'année en cours, celle de la commission économique de la nation qui se réunit en avril.

Cette nouvelle date de revalorisation du 1<sup>er</sup> avril s'applique aussi aux pensions des autres régimes de base, ainsi qu'à plusieurs prestations servies par les branches maladie, famille et AT-MP – notamment les pensions d'invalidité, l'ASI (allocation supplémentaire d'invalidité), le 6<sup>e</sup> complément de l'AAEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé), les rentes allouées aux victimes atteintes d'une incapacité permanente.

Le décret n° 2009-292 du 16 mars 2009 (JO du 17), précise que la commission mentionnée au premier alinéa de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale est la commission économique de la nation créée par le décret n° 99-416 du 26 mai 1999.

Les lettres ministérielles du 25 mars 2009 précisent que conformément aux dispositions de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale et de l'article 5 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, les pensions de vieillesse du régime général sont revalorisées du coefficient de 1,01 au 1<sup>er</sup> avril 2009, ainsi que les pensions, soldes de réforme et rentes d'invalidité, des fonctionnaires civils de l'État, des militaires et des magistrats.

#### **Article 80: Révision du minimum contributif dans le cadre de la reconduction jusqu'en 2012 d'un objectif de taux de remplacement**

Le Gouvernement a reconduit jusqu'à 2012 l'objectif de minimum de pension pour une carrière complète au SMIC, fixé par la loi du 21 août 2003 relative aux retraites à 85 % du SMIC net, et pour cela a pris des mesures ciblées en faveur des assurés ayant de faibles pensions malgré une durée de cotisation significative.

Cet article a recentré le dispositif du minimum contributif sur les salariés ayant eu de longues carrières faiblement rémunérées.

Le suivi de l'objectif de 85 % du SMIC net pour une carrière complète doit être poursuivi au cours de la période 2007-2012, en cherchant à y associer les régimes complémentaires, et en procédant éventuellement, si nécessaire, à des revalorisations de la majoration du minimum contributif.

Le décret n° 2008-1509 du 30 décembre 2008 (JO du 31) a fixé le seuil pour bénéficier de la majoration du minimum contributif à 120 trimestres (art.7) et a prévu que la surcote serait désormais appliquée aux pensions portées au minimum contributif (art.6).

Un décret simple doit prévoir, qu'au plus tard à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011, le minimum contributif sera réservé aux petites pensions. Il est en préparation, ainsi qu'un décret en Conseil d'État rendu nécessaire par l'adaptation de certaines dispositions, pour une publication cet automne.

#### **Article 81: Calcul de la majoration des bénéficiaires de la retraite anticipée pour travailleurs handicapés**

Cet article modifie l'article L. 351-10 du code de la sécurité sociale relatif au minimum contributif. Désormais, s'ajoutent à la pension après et non avant application du minimum contributif :

- la surcote (art. 89, I, de la loi de financement de la sécurité sociale 2009) ;
- la majoration pour enfants (de 10 %, pour les deux parents, à partir de 3 enfants) ;
- la majoration pour conjoint à charge ;
- et la majoration de pension versée au titre de la retraite anticipée des travailleurs handicapés.

C'est une mesure favorable : auparavant, la surcote, par exemple, était ajoutée à la pension avant application du minimum contributif. Le caractère différentiel de ce dernier pouvait donc l'effacer.

Il faut souligner les effectifs d'assurés très limités concernés par les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> points.

Cet article ne nécessite pas de textes d'application.

### **Article 82: Retraite anticipée pour travailleurs handicapés dans les régimes des professions libérales et des avocats**

La loi du 21 août 2003 a mis en place un droit à la retraite anticipée au bénéfice des salariés, artisans, commerçants, exploitants agricoles et fonctionnaires qui ont accompli leur carrière, ou la plus grande partie de celle-ci, tout en étant lourdement handicapés.

L'âge de départ varie en fonction de l'importance de cette carrière et de la part des droits validés par des cotisations à la charge des intéressés : dans le cas le plus favorable, l'assuré handicapé peut partir en retraite en 2009 à 55 ans si sa durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes est au moins égale à 124 trimestres dont 104 trimestres au moins ont donné lieu à cotisations à sa charge.

Par ailleurs, afin d'améliorer le montant des pensions servies, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a créé une majoration spécifique de leurs pensions, neutralisant ainsi l'incidence négative sur celles-ci de tout ou partie des trimestres manquants à ces assurés.

Cet article a étendu ce dispositif aux professionnels libéraux et avocats lourdement handicapés en alignant leur situation sur celle des autres professionnels.

Le décret n° 2009-305 du 18 mars 2009 (*JO* du 20) fixe les conditions d'application de cet article en renvoyant pour ce faire aux dispositions du régime général.

Ainsi, comme dans le régime général et les régimes alignés, les bénéficiaires peuvent obtenir une pension de retraite au taux plein avant 60 ans (selon le cas, à 55, 56, 57, 58 ou 59 ans), lorsqu'ils ont accompli, tout en étant lourdement handicapés, une carrière suffisante ayant donné lieu pour une part déterminée à des versements de cotisations. Dans le cas le plus favorable, l'assuré handicapé peut partir en retraite à 55 ans en 2009 si sa durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes est au moins égale à 124 trimestres dont 104 trimestres au moins ont donné lieu à cotisations à sa charge. Ils bénéficient d'une majoration spécifique de leurs pensions.

### **Article 83: Suppression de la prise en compte pour le bénéfice de la retraite anticipée des trimestres rachetés au titre de périodes d'études supérieures ou d'années d'activité incomplète**

Certains assurés utilisaient le dispositif de versement pour la retraite (dit « rachat Fillon ») pour augmenter leur durée d'assurance et remplir les conditions pour un départ avant soixante ans.

Or les trimestres achetés au titre de périodes d'études supérieures ou d'années d'activité incomplète ne correspondent pas à des trimestres validés au titre d'une activité professionnelle effective.

C'est pourquoi, afin de réserver le bénéfice du dispositif de retraite anticipée, créé par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, aux assurés ayant débuté précocement leur vie professionnelle et ayant réalisé une carrière longue, l'article 83 a prévu que les trimestres d'assurance acquis par le rachat Fillon ne sont plus pris en compte pour l'ouverture du droit à retraite anticipée.

Aucun texte réglementaire d'application n'était nécessaire mais un décret paraîtra d'ici la fin de l'année 2009 afin d'adapter certains articles du code de la sécurité sociale et du code rural existants.

Il est à noter que dans la mesure où la disposition était applicable aux demandes de versement déposées dès à compter du 13 octobre 2008 et prises en compte pour le calcul de pensions d'assurance vieillesse prenant effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, une lettre ministérielle du 31 octobre 2008 adressée à l'ensemble des directeurs de caisses nationales avait demandé, dans l'attente de l'adoption définitive du projet de loi, de suspendre le traitement des demandes de versement déposées par des assurés souhaitant partir en retraite anticipée après le 31 décembre 2008.

#### **Article 84: Alignement des règles de la fonction publique sur celles du régime général pour la retraite anticipée longue carrière**

L'article 84 a modifié les articles L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite et 57 de la loi n° 2004-1370 en intégrant l'évolution de la durée de services et bonifications entre 2009 et 2012 dans la durée d'assurance tous régimes et dans la durée de cotisations exigées pour partir de manière anticipée.

Il a ainsi rétabli l'égalité de traitement entre les assurés de ces différents régimes dont le droit à départ anticipé au titre des carrières longues est désormais subordonné à des conditions identiques de durée d'assurance.

Ne requérant pas de mesure réglementaire d'application, la mesure est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2009.

#### **Article 85: Prise en compte des périodes travaillées dans les organisations internationales pour les droits à retraite dans les régimes français**

Cet article a permis la prise en compte, pour la détermination du taux lors du calcul des pensions qui leur sont dues par les régimes de retraite français (régime général, régimes spéciaux, régimes de travailleurs indépendants, régimes agricoles) des périodes durant lesquelles les intéressés ont été affiliés à un régime obligatoire de pension d'une institution européenne ou d'une organisation internationale à laquelle la France est partie.

Cette prise en compte évite que les pensions françaises ne soient minorées par l'application d'une décote comme si les intéressés n'avaient exercé aucune activité professionnelle durant les périodes accomplies au service de ladite institution ou organisation.

L'article 85 nécessitait, pour son application, de voir préciser par décret en Conseil d'État les modalités selon lesquelles sont prises en compte par les régimes français les périodes accomplies dans une institution européenne ou une organisation internationale.

Le décret est en contresens. Il précise, d'une part, que les périodes sont prises en compte s'il n'y a pas eu concomitamment affiliation à un régime français d'assurance vieillesse obligatoire ou facultatif et fixe, d'autre part, les modalités de décompte en trimestres, au sens des régimes français des périodes prises en compte.

#### **Article 86: Amélioration des droits à la retraite des artisans et commerçants**

Afin d'améliorer les droits à retraite des artisans et commerçants, l'article 86 a créé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 un dispositif spécifique de rachat, à un tarif préférentiel, qui leur sera ouvert en fonction de leur durée d'affiliation au RSI.

En effet, les cotisations des assurés du RSI sont calculées sur le revenu du chef d'entreprise, qui peut être très faible au regard du temps consacré à l'activité professionnelle, voire nul.

Cette mesure s'inscrivait dans le cadre de la hausse du taux de la cotisation vieillesse des intéressés suite au « swap de cotisations » devant intervenir entre l'UNEDIC et le régime général des salariés en 2009. En effet, le régime vieillesse des artisans et des commerçants est de principe aligné tant en matière de cotisations que de prestations sur le régime général des salariés.

Ce « swap » de cotisations UNEDIC/régime général des salariés a, en effet, été ajourné en raison de l'impossibilité de diminuer les cotisations d'assurance chômage dans le contexte de crise actuelle.

Cette mesure retient une attention particulière de la part des représentants de l'artisanat et du commerce. Des travaux de réflexions sont en cours, sans qu'à ce stade un décret d'application soit en préparation. Une concertation approfondie préalable avec les intéressés sera en toute hypothèse nécessaire.

### **Article 87: Pénalités en faveur de l'emploi des seniors**

Cet article a posé l'obligation pour les entreprises d'au moins 50 salariés d'être couvertes à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 par un accord d'entreprise ou de branche ou, à défaut, par un plan unilatéral d'action en faveur de l'emploi des salariés âgés, sous peine de pénalité égale à 1 % des rémunérations versées aux salariés.

Une procédure de rescrit permettra aux entreprises de s'assurer que l'accord ou le plan d'action qu'elles ont élaboré répond au cahier des charges fixé par la loi, et leur donnera la sécurité juridique requise.

La délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP) réceptionnera les accords de branche et les directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) les plans d'action; les URSSAF procéderont au recouvrement des éventuelles pénalités.

Outre les modalités de dépôt et de rescrit auprès du Préfet de région, le décret en Conseil d'État n° 2009-560 du 20 mai 2009 (JO du 21) relatif au contenu et à la validation des accords et des plans d'action en faveur de l'emploi des salariés âgés a précisé les éléments de contenu de l'accord ou du plan d'action :

- l'objectif général de maintien en emploi doit concerner les salariés de 55 ans et plus et celui de recrutement, les salariés de 50 ans et plus;
- les six domaines d'action dans lesquels les entreprises doivent s'engager à prendre des actions concrètes (recrutement des salariés âgés dans l'entreprise; anticipation de l'évolution des carrières professionnelles; amélioration des conditions de travail et prévention des situations de pénibilité; développement des compétences et des qualifications et accès à la formation; aménagement des fins de carrière et de la transition entre activité et retraite; transmission des savoirs et des compétences et développement du tutorat).

Le décret simple n° 2009-564 du 20 mai 2009 (JO du 21) relatif au décompte des effectifs prévu à l'article L. 138-28 du code de la sécurité sociale pour les accords et plans d'action en faveur de l'emploi des salariés âgés a indiqué les modalités de décompte des effectifs dans les entreprises et les établissements publics.

Une circulaire cosignée par la DGEFP, la direction générale du travail (DGT) et la direction de la sécurité sociale (DSS) le 9 juillet a été adressée aux services déconcentrés communs aux ministères du travail et de l'emploi (DRTEFP et DDTEFP). Elle est disponible sur les sites [www.premier-ministre.fr](http://www.premier-ministre.fr), [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr) et [www.emploidesseniors.gouv.fr](http://www.emploidesseniors.gouv.fr).

### **Article 88: Libéralisation du cumul emploi retraite**

Cet article a libéralisé, à certaines conditions, le cumul emploi retraite pour l'ensemble des régimes français, à l'exception du régime des non salariés agricoles qui prévoit des conditions particulières pour bénéficier du cumul intégral entre pension et revenus.

Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les retraités âgés d'au moins 60 ans et ayant une carrière complète ou à défaut pour ceux d'au moins 65 ans peuvent cumuler sans aucune restriction ni délai de carence leur pension avec le revenu d'une activité professionnelle sous réserve qu'ils aient liquidé l'ensemble de leurs pensions auprès des régimes de retraite obligatoires de base et complémentaires dont ils ont relevé. Les règles de cumul actuellement en vigueur sont maintenues pour les assurés ne respectant pas ces conditions.

La circulaire interministérielle n° DSS/3A/2009/45 du 10 février 2009 relative aux nouvelles règles applicables en matière de cumul emploi retraite, adressée à l'ensemble des régimes et disponible sur les sites [www.premier-ministre.fr](http://www.premier-ministre.fr) et [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr), indique que la loi est d'application directe et que les anciennes règles sont maintenues (notamment celle qui exige la rupture du contrat de travail pour les salariés pour obtenir le service de sa pension).

Deux décrets d'application doivent préciser par ailleurs les obligations déclaratives que doit effectuer l'assuré auprès de sa ou de ses caisses de retraite pour bénéficier du cumul emploi retraite et organisent, pour les assurés, le passage entre le cumul emploi retraite plafonné qui existait jusqu'alors et le cumul emploi retraite libéralisé.

Le décret simple a été transmis aux conseils d'administration des caisses pour avis et le décret en Conseil d'État sera examiné en section sociale le 29 septembre; leur publication devrait intervenir à l'automne.

### **Article 89: Amélioration des règles de surcote**

La surcote, créée en 2003, permet de majorer la pension des assurés qui poursuivent une activité professionnelle au-delà de l'âge légal et de la durée requise pour bénéficier du taux plein.

Le taux de la surcote, qui était au régime général et dans les régimes alignés de 3 % la première année, 4 % par an les années suivantes et 5 % par an après 65 ans, est porté à 5 % pour toutes les années travaillées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009; c'est aussi le cas dans la fonction publique, mais avec une limite de 20 trimestres.

Le décret n° 2008-1509 du 30 décembre 2008 (*JO* du 1<sup>er</sup> janvier 2009):

- porte le taux de surcote à 1,25 % par trimestre, pour les trimestres accomplis à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009 dans le régime général, les régimes alignés (RSI, MSA salariés) et le régime des exploitants agricoles;
- prévoit que la surcote sera désormais appliquée aux pensions portées au minimum contributif. Cette mesure devait permettre de faire bénéficier les pensions portées au minimum contributif de la revalorisation de la surcote, le montant de la surcote étant calculé avant application du minimum contributif, puis ajouté à ce montant.

Ce décret qui concerne le régime général et les régimes alignés s'applique depuis le 1<sup>er</sup> avril 2009.

Un décret en Conseil d'État est par ailleurs prévu pour étendre les règles de cet article au régime des avocats. Ces dispositions seront incluses dans un décret en Conseil d'État à objet plus large en cours de préparation pour une publication au plus tard au début de l'année 2010.

### **Article 90: Suppression de la mise à la retraite d'office**

Afin de permettre à chaque salarié de pouvoir retarder, s'il le souhaite, le moment de son départ en retraite, l'âge de la mise à la retraite d'office, actuellement de 65 ans, a été repoussé par l'article 90 de cinq ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009.

Chaque année à partir de son 65<sup>e</sup> anniversaire et jusqu'à son 70<sup>e</sup> anniversaire, le salarié devra être interrogé par son employeur sur son souhait de poursuivre son activité, et ne pourra être mis en retraite au motif de son âge contre son gré.

Le décret n° 2008-1515 du 30 décembre 2008 (JO du 31) a :

- fixé le délai de réponse du salarié à un mois ;
- précisé les dispositions transitoires relatives à l'année 2009 : la mise à la retraite d'office ne peut prendre effet au cours de l'année 2009 que si elle a été notifiée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2009 ou si le salarié, interrogé par l'employeur au moins trois mois avant la date d'effet de cette mise à la retraite, n'a pas dans un délai d'un mois manifesté son intention de poursuivre son activité.

### **Article 91 : Limites d'âge pour les personnels navigants techniques (pilotes de lignes)**

Cet article, dont l'entrée en vigueur est prévue pour le 1<sup>er</sup> janvier 2010, permet aux personnels navigants techniques de l'aviation civile (soit les pilotes) de demander chaque année, à partir de 60 ans, la poursuite de leur activité jusqu'à 65 ans.

La rédaction de cet article n'introduit pas de réel changement par rapport aux dispositions actuellement en vigueur. En effet, il revient, comme c'est le cas actuellement, à chaque entreprise de rechercher les emplois au sol qui pourraient permettre un reclassement des pilotes qui le souhaitent.

L'entrée en vigueur différée de cet article était notamment justifiée par l'adaptation des textes réglementaires relatifs à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique professionnel de l'aéronautique civile.

Les normes médicales sont depuis février 2008 dans le domaine de compétence de l'Union européenne, concernant aussi bien le personnel navigant technique que commercial. Ainsi, les autorités françaises ont donc décidé de ne pas développer de textes dans un contexte national mais feront plutôt en sorte d'intégrer dans la future réglementation communautaire la dimension nouvelle inscrite dans la législation. Elles se tiennent régulièrement en contact avec les organisations syndicales concernées dans cet objectif.

Enfin, l'article 91 prévoit la tenue de négociations de branche sur l'emploi des seniors et les conséquences sur les déroulements de carrière et sur l'emploi des pilotes. Les organisations représentatives de la branche, dont celles du personnel navigant technique et du personnel navigant commercial, ont tenu trois réunions de négociations au mois de juillet.

### **Article 92: Limites d'âge pour les personnels navigants commerciaux**

Cet article entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, permet aux personnels navigants commerciaux de l'aviation civile (soit les hôtesses et stewards) de demander chaque année, à partir de 55 ans, la poursuite de leur activité jusqu'à 65 ans.

Il prévoyait l'adaptation des textes réglementaires relatifs à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique commercial de l'aéronautique civile.

Les normes médicales sont depuis février 2008 dans le domaine de compétence de l'Union européenne, concernant aussi bien le personnel navigant technique que commercial. Ainsi, les autorités françaises ont donc décidé de ne pas développer de textes dans un contexte national mais feront plutôt en sorte d'intégrer dans la future réglementation communautaire la dimension nouvelle inscrite dans la législation. Elles se tiennent régulièrement en contact avec les organisations syndicales concernées dans cet objectif.

Enfin, l'article 92 prévoit la tenue de négociations de branche sur l'emploi des seniors et les conséquences sur les déroulements de carrière et sur l'emploi des pilotes. Les organisations représentatives de la branche, dont celles du personnel navigant technique et du personnel navigant commercial, ont tenu trois réunions de négociations au mois de juillet.

### **Article 93: Poursuite de l'activité au-delà des limites d'âge dans la fonction publique**

Dans le cadre de la mobilisation pour l'emploi des seniors, cet article a pour objet de permettre aux fonctionnaires qui le souhaitent d'être maintenus en activité au-delà de leur limite d'âge tant qu'ils n'ont pas atteint 65 ans. Le maintien en activité s'effectue sur demande de l'intéressé et sous réserve de son aptitude physique.

Cette mesure sera applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Un décret en Conseil d'État doit fixer les modalités pratiques de mise en œuvre de la mesure (modalités et délais de dépôt de la demande, vérification de l'aptitude physique). Les conseils supérieurs des trois fonctions publiques ont été saisis en septembre pour donner leur avis sur le projet de décret. L'avis du Conseil d'État sera sollicité en octobre pour une publication qui devrait intervenir en novembre.

### **Article 95: Suppression de la compensation entre les régimes de l'avantage social vieillesse (ASV)**

Cet article a abrogé les dispositions législatives relatives à la compensation démographique entre les régimes ASV des professions médicales et paramédicales.

Cette suppression fut motivée par une demande de la caisse de retraite des auxiliaires médicaux (CARPIMKO) et des syndicats d'auxiliaires médicaux dans le cadre des concertations autour de la réforme de leur régime, mais également par les évolutions conjoncturelles de ce mécanisme :

- diminution des montants de la compensation : 1,2 M€ en 2002, 0,25 M€ pour 2008 ;
- amélioration de la démographie du régime initialement bénéficiaire : le régime ASV des sages femmes s'équilibre désormais grâce à ses propres ressources ;
- changement des bénéficiaires : à court terme, les médecins, chirurgiens dentistes et directeurs de laboratoire auraient bénéficié de compensation de la part des auxiliaires médicaux et sages femmes, professions aux revenus plus faibles.

Le décret n° 2009-1050 du 27 août 2009 (JO du 29) a abrogé les dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale (la section II du chapitre V du titre IV du livre VI du code de la sécurité sociale (articles D.645-7 à D645-15).



## **Section 3 - Dispositions relatives aux dépenses des accidents du travail et des maladies professionnelles**

### **Article 98: Remboursement des dispositifs médicaux**

Cet article a pour objet la réduction du reste à charge des victimes d'AT/MP pour certaines dépenses de santé en lien avec leur accident du travail ou leur maladie professionnelle (notamment prothèses dentaires et auditives, frais d'optique, dispositifs médicaux individuels tels que fauteuils roulants pour handicapés) en majorant la base de remboursement de celles-ci, la branche AT/MP prenant en charge l'ensemble des frais de produits et prestations liés à l'accident dans la limite des tarifs de responsabilité applicables en matière d'assurance maladie (base de prise en charge). Un arrêté doit fixer le montant du coefficient permettant de majorer les tarifs de responsabilité des produits et prestations mentionnés à l'article L.165-1 et des prothèses dentaires figurant dans la liste mentionnée à l'article L.162-7.

L'arrêté du 3 février 2009 (JO du 11), a fixé le montant du coefficient multiplicateur applicable au tarif des produits, prestations et prothèses dentaires à 1,5.

### **Article 100: Maintien des indemnités journalières et prévention de la désinsertion professionnelle**

Le 2<sup>e</sup> alinéa du 1<sup>o</sup> du I de cet article a transposé une disposition proposée par les partenaires sociaux dans l'accord du 25 avril 2007 relatif à la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels.

En effet, actuellement, lorsque le salarié est déclaré inapte par le médecin du travail à reprendre l'emploi qu'il occupait précédemment à l'issue de son arrêt de travail, l'employeur est tenu de lui proposer un autre emploi dans l'entreprise en adéquation avec les indications formulées par le médecin du travail sur l'aptitude du salarié. Lorsque l'employeur est dans l'impossibilité de lui proposer un autre emploi, il lui fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à son reclassement et prononce son licenciement.

Il existe donc entre la déclaration d'inaptitude par le médecin du travail et le reclassement effectif ou le licenciement du salarié, une période durant laquelle ce dernier ne perçoit ni salaire, ni indemnités journalières. Cette période est actuellement d'un mois maximum (article L. 1226-11 du code du travail).

En cas d'inaptitude du salarié et dans l'attente de la décision de l'employeur de le reclasser ou de le licencier, l'intéressé pourra ainsi continuer à bénéficier d'indemnités journalières, lorsqu'il n'a plus de ressources d'origine professionnelle.

Cet article renvoie à un décret simple le soin de préciser les conditions d'application de cette nouvelle mesure. Doivent notamment être précisées les conditions d'ouverture du droit au maintien de cette indemnité journalière particulière dénommée « indemnité temporaire d'inaptitude » (ITI), les modalités de son calcul, sa durée et son mode de versement.

Le projet de décret est actuellement en cours de finalisation.

### **Article 101 : Dotations aux FCAATA et FIVA et suppression de la contribution employeur au FCAATA**

Le I de cet article a abrogé l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 qui a institué une contribution à la charge des entreprises au profit du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), due par les entreprises pour chaque salarié ou ancien salarié nouvellement admis dans le dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante à compter du 5 octobre 2004.

La dotation de la branche AT-MP au Fonds a été augmentée à due concurrence et portée ainsi à 880 M€ en 2009 soit 30 M€ supplémentaires par rapport à 2008.

Le II de cet article a fixé, pour 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 l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Ces dispositions sont d'application directe.

#### **Article 102: Règles de prescription pour les victimes de l'amiante dans les régimes spéciaux**

Cet article a pour objet d'élargir aux régimes spéciaux qui comportent une branche accidents du travail et maladies professionnelles les dispositions de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 qui prévoient une levée de la prescription pour les victimes de l'amiante lorsque leur affection a fait l'objet d'une première constatation médicale entre le 1<sup>er</sup> janvier 1947 et le 31 décembre 1998.

En effet, un arrêt de la Cour de cassation du 10 juillet 2008 avait indiqué que l'article 40 ne s'appliquait pas aux régimes spéciaux créant ainsi une différence de traitement entre les salariés exposés à l'amiante.

Cette mesure est d'application directe.

#### **Article 103: Versement de la branche AT-MP à l'assurance maladie**

Cet article d'application directe fixe 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 pour l'année 2009 à 710 M€.

### **Section 4 - Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille**

---

#### **Article 105: Transfert de la prise en charge des majorations pour enfants**

Cet article a modifié le taux de participation de la CNAF au financement des majorations de pensions pour les parents ayant élevé plus de trois enfants. Il est fixé à 70 % en 2009. Il passera à 85 % en 2010 et 100 % en 2011.

Cette mesure est d'application directe.

#### **Article 106: Référence à un taux horaire maximal pour les exonérations de cotisations liées au CMG**

La réglementation du complément de libre choix du mode de garde (CMG) de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) prévoyait que l'allocataire ne pouvait bénéficier de la prise en charge des cotisations et contributions sociales que si le salaire de son assistant maternel ne dépassait pas, par jour et par enfant, 5 fois la valeur horaire du salaire minimum de croissance. L'article 106 prévoit désormais un plafond horaire de rémunération.

L'élaboration d'un premier projet de décret s'est heurtée aux désaccords entre partenaires sociaux sur la fixation du taux horaire à retenir. Une solution alternative est en cours d'étude, mais nécessiterait de revoir en profondeur le dispositif.

### **Article 107: Modes de garde et horaires atypiques**

Cet article a mis en place une majoration du complément de libre choix du mode de garde en cas d'horaires spécifiques des parents. Le décret n° 2009-908 du 24 juillet 2009 ainsi qu'un arrêté du même jour (tous deux au JO du 26) relatif à la prestation d'accueil du jeune enfant a été pris en application de cette mesure.

En cas de garde de nuit, le dimanche ou jours fériés, une majoration de 10 % du complément de libre choix du mode de garde de la PAJE est versée. Ce droit est ouvert, sur justification annuelle de l'employeur des horaires de travail spécifiques de la personne ou du ménage, et pour les travailleurs non salariés sur la base d'une justification sur l'honneur. Il est ouvert si l'enfant est gardé au minimum 25 heures en horaires atypiques dans le mois au titre duquel le complément est demandé.

Ce dispositif sera applicable pour les gardes effectuées à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2009.

### **Article 108: Mesures en faveur des assistants maternels**

Pour favoriser le développement de l'offre d'accueil de la petite enfance par des assistants maternels, l'article 108 a prévu :

- d'une part, de porter de 3 à 4 le nombre d'enfants pouvant être accueillis par chaque assistant maternel ;
- d'autre part, d'offrir la possibilité aux assistants maternels qui le souhaitent de se regrouper, dans la limite de 4 assistants, dans un local autre que leur domicile sous réserve de la signature d'une convention entre la collectivité locale concernée, la CAF du département et l'assistant maternel concerné.

La mesure concernant le nombre d'enfants pouvant être accueillis par un assistant maternel ne nécessitait pas de texte d'application et est donc entrée en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Pour la mesure autorisant les regroupements d'assistants maternels, une convention type a été élaborée et devrait permettre de proposer un cadre souple aux acteurs de terrain.

Le même article prévoyait également la transmission par le Gouvernement d'une étude d'impact sur la prestation d'accueil du jeune enfant au Parlement avant le dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. Cette étude concerne l'impact du complément de libre choix d'activité sur le retour à l'emploi des parents et en particulier des mères qui bénéficient de cette allocation. Or, le Haut conseil de la famille, installé début juin, a inscrit dans ses travaux prioritaires la réforme du congé parental. Ces travaux qui nécessiteront un diagnostic précis, ainsi que ceux de la MECSS de l'Assemblée Nationale sur le bilan de la prestation d'accueil du jeune enfant, constitueront l'étude d'impact souhaité.

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

### **Article 112: Contrôle budgétaire de la CCMSA sur les organismes de son réseau**

L'article a transféré à la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) le pouvoir d'approbation des budgets des caisses de mutualité sociale agricole (MSA). Elle doit veiller à ce que le total des dépenses de fonctionnement des organismes de mutualité sociale agricole soit contenu dans la limite des crédits fixés par la convention d'objectifs et de gestion qui

lie la CCMSA à l'État. Elle peut prescrire aux organismes de mutualité sociale agricole toutes mesures tendant à améliorer leur gestion ou à limiter leurs dépenses budgétaires. Au cas où ces prescriptions ne sont pas suivies, la caisse centrale peut mettre en demeure l'organisme de prendre, dans un délai déterminé, toutes mesures de redressement utiles. En cas de carence, la caisse centrale peut se substituer à l'organisme et ordonner la mise en application des mesures qu'elle estime nécessaires pour rétablir la situation de cet organisme.

La circulaire MAP/SG/SAFSL/SDTPS/C2009-1503 du 3 février 2009 reprend ces dispositions et précise les conditions d'élaboration et de contrôle des budgets en distinguant les relations caisse centrale / caisses locales, caisse centrale / ministère de l'agriculture et les documents nécessaires à chaque étape de l'approbation des budgets.

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

---

### **Article 114: Transfert des données sur les IJ AT-MP aux services fiscaux**

Dans le cadre de l'opération de la suppression de la déclaration des ressources des allocataires et la récupération des données sur les ressources par les CAF auprès des services fiscaux, il convenait de simplifier et de sécuriser la communication des données sur les indemnités journalières accidents du travail et maladies professionnelles (IJ AT-MP) non fiscalisées, mais entrant dans la base de calcul pour le droit à certaines prestations familiales en lui permettant d'emprunter le même circuit que celui utilisé pour les ressources fiscalisées. L'article 114 a habilité les organismes gestionnaires des IJ AT-MP à transmettre les données sur ces prestations aux services fiscaux.

L'arrêté du 4 août 2009 (*JO* du 25 septembre 2009) complète la liste des données échangées entre les services fiscaux et les caisses de sécurité sociale concernées en y intégrant les IJ AT-MP.

### **Article 115: Révision de la procédure des pénalités financières**

L'article 115 a révisé le dispositif des pénalités financières.

Le champ d'application du dispositif des pénalités financières a été étendu: élargissement des faits et des acteurs pouvant faire l'objet d'une pénalité financière avec notamment l'introduction de la notion de « fraudes » et de « fraude en bande organisée ». La procédure a, d'autre part, été revue afin de rendre le dispositif plus efficace, souple en gestion et dissuasif (sanctions plus lourdes pour les fraudeurs par exemple).

Le décret n° 2009-982 du 20 août 2009 (*JO* du 21) précise le déroulement de la procédure, les faits concernés et le barème des sanctions applicables.

### **Article 116: Récupération des indus ASPA en cas de transfert de résidence à l'étranger**

Cet article ajoute l'absence de déclaration du transfert de la résidence à l'étranger comme motif de récupération des indus au titre de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA - minimum vieillesse).

D'application directe, cette mesure est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009.

### **Article 117: Extension du dispositif d'annulation des réductions et exonérations de cotisations sociales en cas de travail dissimulé**

Cet article a étendu le champ de l'annulation des réductions et exonérations de cotisations en cas de travail dissimulé.

Désormais, l'ensemble des situations de travail dissimulé peut donner lieu à l'annulation des réductions et exonérations dont l'employeur a pu bénéficier ; cette mesure ne concerne plus seulement la dissimulation d'emploi salarié (absence totale de déclaration pour un ou plusieurs salariés) mais aussi la dissimulation d'activité (sous-déclaration du nombre d'heures travaillées ou de la rémunération).

La mesure est d'application directe mais nécessitait néanmoins une mise à jour de la circulaire interministérielle relative aux modalités d'application de l'annulation des réductions et exonérations de cotisations et à l'interdiction de réduire les taux ou minorer l'assiette des cotisations en cas de travail dissimulé. Cette mise à jour a été faite par une circulaire DSS du 15 mai 2009 disponible sur le site [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr).

### **Article 118: Pouvoir de contrainte et compensation inter-fonds des indus**

1. Mise en place d'une compensation inter-fonds des indus de prestations versées par les organismes débiteurs des prestations familiales.

Cette mesure permet aux organismes débiteurs des prestations familiales de récupérer un indu sur une autre allocation que celle sur laquelle a été constitué l'indu, lorsque celle-ci n'est plus versée. Cette mesure permet également de simplifier le dispositif de recouvrement dans le sens d'une meilleure compréhension par les allocataires.

D'une part, le décret n° 2009-881 du 21 juillet 2009 (*JO* du 22) a précisé les modalités de récupération des indus de prestations familiales, d'allocation aux adultes handicapés et d'aides au logement, à la fois en cas d'indu simple et en cas d'indus multiples. En cas d'indus multiples, la dette globale de l'allocataire est recouvrée à raison d'un seul prélèvement mensuel sur les prestations à échoir.

D'autre part, un deuxième projet de décret permettant d'inclure le RSA dans le dispositif existant est en cours d'élaboration et entrera en application au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

2. Instauration d'un pouvoir de contrainte

Cet article permet aux directeurs des organismes de sécurité sociale de décerner une contrainte en vue de recouvrer des prestations indument perçues, ce qui les dispense de saisir les juridictions sociales aux fins d'obtenir un titre exécutoire.

Le décret n° 2009-988 du 20 août 2009 (*JO* du 22) a fixé les conditions d'application de ce pouvoir de délivrer une contrainte.

Un projet de circulaire, en cours de finalisation, doit venir préciser les modalités de mise en œuvre des conditions définies par le décret. Un arrêté fixera les modèles de contrainte que les organismes de sécurité sociale concernés utiliseront.

### **Article 119: Échanges d'informations entre Etats**

Cet article permet à nos organismes de protection sociale de pratiquer des échanges de fichiers avec les organismes d'États étrangers en droit de procéder également à ces échanges, cela dans le but de lutter contre la fraude transnationale aux prestations et cotisations de sécurité sociale et d'assurance chômage.

Il n'est pas nécessaire de prendre de textes réglementaires.

L'application de cette disposition n'est envisagée pour le moment que dans le seul espace européen où existent des législations protectrices des personnes de niveau équivalent garanti par une directive européenne. Un accord a été signé avec la Belgique le 17 novembre 2008 (approbation parlementaire en cours) dont la mise en œuvre concrète fait l'objet de conventions élaborées par les organismes des deux pays. Un arrangement administratif est par ailleurs en cours de finalisation avec le Royaume-Uni sur le contrôle de certaines situations (personnes détachées et décès des pensionnés résidant dans l'autre pays).

### **Article 120: Attestations sur l'honneur**

Afin de sécuriser la gestion du dispositif et éviter son détournement, la portée des régularisations d'arriérés de cotisations effectuées sur le fondement d'attestations sur l'honneur est réduite à la validation de quatre trimestres d'assurance.

Ce dispositif de régularisation de cotisations d'assurance vieillesse a posteriori, s'agissant de périodes d'activité salariée pour lesquelles l'employeur n'a pas versé les cotisations qui étaient dues, s'est en effet fortement développé depuis 2003 pour faciliter le départ anticipé pour carrière longue.

Cet article a complété le dispositif mis en place par la circulaire du 23 janvier 2008 disponible sur le site [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr) qui a encadré rigoureusement le dispositif en prévoyant notamment la convocation des témoins.

L'article ne nécessitait aucun texte réglementaire d'application.

La circulaire du 28 août 2009 disponible sur le site [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr) a apporté quelques adaptations au modèle-type des attestations sur l'honneur.

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

### **1. Mesures de simplification en matière de recouvrement**

Compte tenu de la diversité de situation des employeurs au regard des règles régissant les prélèvements sociaux et de la charge que peuvent revêtir certaines formalités ou procédures, il est mené une démarche active de simplification, en particulier pour les entreprises de petite taille, les travailleurs indépendants et les particuliers.

Ces mesures s'ordonnent autour de trois axes principaux : le développement de titres simplifiés (dont les plus connus sont le CESU et PAJEMPLOI), la création de guichets uniques et la mise en place de déclarations mutualisées. Dans tous les cas, cette démarche privilégie l'utilisation de supports dématérialisés.

#### **A. Bilan des dispositifs titres simplifiés**

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

##### **1° 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 », 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 du régime général qui a désigné l'URSSAF de Saint-Étienne comme organisme gestionnaire.

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

Dans le cas de l'emploi direct d'un salarié à domicile, le particulier employeur qui utilise un CESU « déclaratif » indique la rémunération de son salarié sur un volet social adressé à un centre national de traitement. Ce dernier établit et adresse au salarié, pour le compte de l'employeur, une attestation d'emploi valant bulletin de paie. Le centre national calcule en outre les cotisations sociales dues par l'employeur (lequel bénéficie notamment d'un abattement de 15 points sur les cotisations patronales de sécurité sociale) qui sont alors prélevées directement sur son compte.

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



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

S'agissant du fonctionnement du dispositif, l'accent a été mis en 2009 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, au travers de démarches de communication en faveur de la dématérialisation auprès des cotisants.

Le CESU préfinancé peut actuellement être utilisé comme moyen de paiement de l'APA et de la prestation de compensation du handicap (PCH). À terme, un dispositif de tiers payant permettra à la branche du recouvrement d'appeler directement auprès des départements la part des cotisations sociales qu'ils doivent au titre de l'APA (lorsque le bénéficiaire de l'APA choisit de recourir directement à un salarié) et le reste du montant des cotisations auprès du bénéficiaire APA. Ce dispositif permettra aux départements de ne payer que la part des cotisations sociales correspondant aux salaires effectivement versés par le bénéficiaire APA. Le taux d'utilisation du module dématérialisé du CESU est de 30 %.

## **2° Le dispositif déclaratif PAJEMPLOI**

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

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

Le succès du dispositif auprès des familles est attesté par l'enquête de satisfaction menée par la CNAF qui concluait dès 2005 que ce système était jugé plus simple que le précédent et affichait en 2008 un taux de satisfaction envers PAJEMPLOI de 98 % des bénéficiaires de la PAJE.

Le dispositif PAJEMPLOI a par ailleurs achevé sa montée en charge, en se substituant à la quasi-totalité des comptes employeurs de droit commun (il demeure en effet un lot résiduel d'utilisation de la déclaration nominative trimestrielle pour les gardes d'enfants). Il enregistre également le plus fort taux de dématérialisation (près de 80 % de volets sociaux dématérialisés en 2008).

## **3° La création d'un nouveau « Titre emploi-service entreprises » (TESE)**

La loi du 4 août 2008 de modernisation de l'économie a créé dans son article 55 un dispositif unique à destination des entreprises de 9 salariés au plus mais sans limitation d'effectif s'agissant de l'emploi de salariés occasionnels, qui s'est substitué aux titre-emploi entreprise (TEE

cf. 7° ci-dessous) et chèque emploi pour les très petites entreprises (CETPE, cf. 8° ci-dessous) à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009. Lors de cette réforme, la limite d'effectif pour l'emploi de salariés permanents a été portée de 5 à 9 salariés au plus.

Comme le TEE et le CETPE qu'il remplace, le TESE tient lieu de contrat de travail et de déclaration d'embauche et permet d'accomplir l'ensemble des déclarations sociales trimestrielles et annuelles auprès d'un des 3 centres nationaux institués au sein des URSSAF de Paris, Lyon et Bordeaux, spécialisés par professions. Il dispense l'employeur d'établir un bulletin de paie qui est réalisé par le centre national ; l'employeur règle l'ensemble des cotisations et contributions sociales au centre national compétent.

En outre, le TESE comporte une offre de service davantage simplifiée pour les entreprises qui emploient des salariés dans des conditions de paie simple (salariés non cadres et qui relèvent du droit du travail ou lorsque la convention collective ne prévoit pas de régime de prévoyance).

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

#### **4° Le chèque emploi associatif**

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

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

#### **5° Le service emploi associations**

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

#### **6° Le titre de travail simplifié (TTS)**

Compte tenu de la particularité des départements d'Outre-mer, 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 et réservé à ces zones. Comme pour les autres titres, il vise notamment à faciliter les emplois de courte durée et lutter contre le travail non déclaré.

Il se substitue au CESU pour les particuliers employeurs et est également 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.

### **7° Le titre-emploi entreprise (TEE)**

L'ordonnance du 18 décembre 2003 avait institué un « titre-emploi entreprise » destiné à simplifier les formalités liées à l'embauche et à l'emploi de salariés. Le TEE s'adressait aux entreprises, quelle que soit leur taille, qui employaient 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'était pas rémunéré en fonction d'un nombre d'heures.

Ce dispositif a été remplacé par le TESE à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009.

### **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, avait créé un « chèque emploi pour les très petites entreprises ». Le dispositif juridique avait été complété par un décret du 26 août 2005 et un arrêté du 29 août 2005.

Le « chèque emploi pour les très petites entreprises » s'était substitué au « titre-emploi entreprise » pour les salariés permanents en conservant ses caractéristiques de simplification. Il était réservé aux entreprises de cinq salariés au plus. Ce seuil maximum permettait de cibler prioritairement les petites structures. Cette offre n'était 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 avait 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 pouvait comporter une formule de chèque, destinée à rémunérer le salarié.

Comme le TEE, le CETPE permettait 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 était géré par des centres nationaux de traitement institués au sein des URSSAF de Paris, Lyon et Bordeaux.

Ce dispositif a également été remplacé par le TESE à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009.

### **9° Les services proposés par le « Guso » pour le spectacle occasionnel**

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

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

Le dispositif du Guso a été profondément remanié par l'ordonnance du 6 novembre 2003. Tous les organisateurs occasionnels de spectacles vivants dispensés d'une licence de spectacle vivant et les structures qui, bien que titulaires d'une licence de spectacle vivant, n'ont pas le spectacle pour activité principale ou pour objet, doivent déclarer auprès du Guso les artistes et les techniciens du spectacle engagés par contrat à durée déterminée. Le taux d'utilisation du module dématérialisé est de 21 %.

\* \* \*

Le tableau récapitulatif ci-après retrace la montée en charge de ces différents dispositifs :

	Adhérents			Salariés concernés		
	Juillet 2007	Juillet 2008	Juillet 2009	Juillet 2007	Juillet 2008	Juillet 2009
CESU	1 181 000	1 266 216	1 259 100	612 180	640 566	647 088
PAJEMPLOI	704 687	880 646	985 858	320 927	325 750	352 111
TTS	8 287	NC	NC	49 600	NC	NC
CEA	37 431	50 056	58 760	93 311	132 500	175 207
Impact Emploi	25 410	36 500	NC	129 756	190 243	NC
TESE*	-	-	149 100	-	-	358 164
(TEE)*	45 800	51 500	-	105 013	147 000	-
(CETPE)*	53 000	75 400	-	70 000	117 000	-
GUSO	398 756	436 082	474 907	198 994	214 183	229 605

\* Le TESE a remplacé le TEE et le CETPE à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009.

Source : ACOSS, Pôle emploi (GUSO).

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 titre emploi forain (TEF), déclinaison du TESE pour les entreprises exerçant la profession de forains (activités des parcs d'attractions et parcs à thèmes et autres activités récréatives et de loisirs), ne relevant d'aucune convention collective nationale, d'au plus 9 salariés, quelle que soit la durée annuelle d'emploi de ces salariés et voulant déclarer tout emploi occasionnel. Il simplifie encore davantage les formalités pour cette profession. Il est géré par l'URSSAF de Lyon dans le cadre du dispositif TESE.

## 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 groupement d'intérêt public « Modernisation des déclarations sociales » (GIP-MDS), créé en 2000, inclut les organismes nationaux de protection sociale tous régimes confondus ainsi que des fédérations d'assureurs et les organisations professionnelles patronales (le Medef, 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, la DUE) comportent des données destinées à plusieurs organismes, ce qui permet en une seule fois de satisfaire plusieurs obligations.

La DUCS (déclaration unifiée de cotisations sociales), commune à l'URSSAF, à POLE EMPLOI, à l'AGIRC-ARRCO et aux caisses de congés payés du bâtiment lorsque l'employeur relève de ce secteur, est une déclaration dématérialisée périodique de cotisations et contributions (mensuelles ou trimestrielles).

La DADS-U (déclaration automatisée de données sociales unifiée) est la déclaration annuelle de données sociales dématérialisée concernant les salariés du régime général et de certains régimes spéciaux, les agents des fonctions publiques hospitalière et territoriale et les agents non titulaires de la fonction publique d'État. Le champ de la DADS-U s'est étendu en dernier lieu aux fonctionnaires de l'État, magistrats et militaires détachés auprès d'employeurs. Les données collectées par la CNAV sont réparties entre 24 administrations ou organismes de protection sociale.

La DUCS et la DADS-U connaissent un développement significatif :

	2005	2006	2007	2008
DUCS (mensuelles*)	748 684	1 448 107	2 835 424	4 506 667
DADS-U (annuelles*)	1 341 213	1 657 620	1 775 806	1 932 562

\* Nombre de déclarations télétransmises (déclarations établies par établissement).

### C. Les guichets uniques de recouvrement

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

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

Depuis le 1<sup>er</sup> 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<sup>(1)</sup>, 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. Par ailleurs, le RSI définit les orientations nationales du contrôle et du recouvrement amiable et contentieux. Il effectue le recouvrement amiable des cotisations et contributions au-delà du trentième jour suivant la date d'exigibilité 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 a en charge la commission de recours amiable et la gestion du fonds d'action sociale.

Les URSSAF, quant à elles, assurent pour le compte et sous l'appellation du RSI, l'ouverture et la gestion des comptes, l'appel et l'encaissement des cotisations et contributions sociales qui sont ensuite centralisées par l'ACOSS qui transfère les cotisations de sécurité sociale à la caisse

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

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 assurent le contrôle.

Par ailleurs, afin de permettre un traitement harmonisé par les deux réseaux des dossiers des travailleurs indépendants en matière de recouvrement amiable et contentieux ainsi qu'en matière de contrôle, de nouvelles instances de coordination ont été instituées aux niveaux national et local. Ainsi, le comité national de concertation et de coordination (CONACO) s'est réuni pour la première fois le 25 mars 2009, tandis que l'installation des comités locaux de concertation et de coordination se déroule au cours du second semestre 2009.

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

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

Afin de soutenir les deux réseaux et de parvenir à une résolution rapide de ces difficultés, une mission d'audit et d'appui au RSI a été confiée à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) par lettre de mission du 10 avril 2008.

Les préconisations issues des rapports remis par la mission IGAS en juillet et octobre 2008 pour revenir à une situation normalisée ont été mises en œuvre par les deux réseaux. La mission a poursuivi ses travaux en 2009, pour les conclure cet automne.

Par ailleurs, une aide complémentaire a été allouée en 2009 au RSI dans le cadre de l'avenant n° 2 à la convention d'objectif et de gestion pour 2007-2011 liant l'État et du RSI afin d'assurer la réalisation d'un plan de résorption des dysfonctionnements et des retards.

Tous les dysfonctionnements sont à présent identifiés et les travaux en vue de leur résolution font l'objet d'un suivi attentif de la part des pouvoirs publics afin d'améliorer la qualité de la relation au cotisant ainsi que la performance en matière de recouvrement, dans l'objectif d'un retour progressif à la normale à la fin de cette année 2009.

## **2° Le centre national des firmes étrangères (CNFE)**

Un guichet unique des employeurs étrangers sans établissement en France et qui y emploient du personnel salarié a été institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 du 18 décembre 2003. Les entreprises étrangères restent toutefois 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.

Une évolution de ce centre est donc envisagée qui devrait permettre d'offrir un service plus développé aux employeurs étrangers, en leur offrant la possibilité de bénéficier des dispositifs CESU et TESE dans le cadre du Centre qui effectuera l'ensemble des démarches nécessaires pour leur compte, et en permettant également aux particuliers le paiement anticipé des cotisations sociales (cf. art. 23 du projet de loi Warsmann déposé le 5 août 2009 à l'Assemblée nationale).



## **D. La poursuite de chantiers de simplification majeurs en 2009**

### **1° Le statut de l'auto-entrepreneur**

La loi de modernisation de l'économie du 4 août 2008 a introduit, dans son article 1<sup>er</sup> 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.

Des dispositions adoptées dans des lois ultérieures ont ouvert ce statut aux professionnels libéraux créateurs relevant de la CIPAV puis autorisé le cumul du dispositif avec les cas d'exonération de cotisations (ACCRE et dispositifs spécifiques aux DOM).

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 une activité professionnelle, y compris commerciale, dans une partie d'un local d'habitation situé au rez-de-chaussée.

### **2° La Déclaration sociale nominative (DSN)**

Le projet de déclaration sociale nominative vise à permettre d'unifier et simplifier le système déclaratif des données sociales par la transmission périodique (mensuelle ou trimestrielle), des entreprises vers les organismes de protection sociale, de données relatives aux rémunérations et cotisations des salariés à un rythme mensuel, sous forme harmonisée et dématérialisée à partir des logiciels de paie.

La DSN aurait vocation à se substituer aux déclarations sociales périodiques et à certaines déclarations suscitées par des événements particuliers, tels que l'arrêt de travail.

Il s'agit donc d'un projet de grande ampleur.

À la demande des pouvoirs publics, le GIP modernisation des données sociales a lancé une étude portant sur la création d'un tel dispositif.

L'étude, remise à l'été 2009, fait apparaître les gains que présenterait la déclaration pour les organismes de protection sociale, les entreprises et les salariés, traite des conditions de succès de la DSN, propose un scénario de déploiement et procède à une estimation des modalités et conditions de sa mise en œuvre pour les organismes sociaux.

En raison des enjeux de cette réforme et de la nécessité de mener à bien une évaluation précise des conditions de sa réussite, le gouvernement étudie les suites à donner à ce dossier, en veillant tout particulièrement à la maîtrise des risques liés à la conduite d'un tel projet, qu'ils soient internes aux administrations, ou qu'ils portent sur des processus à la charge des entreprises, des éditeurs de paie, des tiers déclarants.

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, dont une expérimentation, autorisée par la CNIL fin 2008, pourrait être lancée courant 2009.

### **3° La suppression de la déclaration commune de revenus**

Un groupe de travail inter-administratif et associant les caisses de sécurité sociale a expertisé la possibilité de supprimer la déclaration commune de revenus des travailleurs non salariés 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 quasi-similaires : d'une part, la déclaration professionnelle de résultats auprès des services fiscaux (DGFIP) et d'autre part, la déclaration commune de revenus (DCR) pour le calcul des cotisations et contributions sociales.

Les travaux menés 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 pour finaliser l'expertise juridique et technique. Le pilotage et la coordination des travaux ont été confiés par lettre de mission du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique datée du 21 novembre 2008 à Jean-François Chadelat, Inspecteur général des affaires sociales.

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

Une expérimentation portant sur l'ensemble de la population des travailleurs indépendants et visant à identifier tous les problèmes liés à la réforme a débuté à l'été 2009 et son exploitation se poursuivra au début de l'année 2010. En fonction des résultats de cette expérimentation, la suppression de la DCR pourrait intervenir en 2011, au moins pour la majorité des cotisants.

---

## **2. Mesures de simplification en matière de gestion des prestations**

---

La simplification des formalités administratives constitue l'un des objectifs de l'axe « offre de service » prévu dans les conventions d'objectifs et de gestion

La simplification administrative est inscrite dans toutes les conventions d'objectifs et de gestion passées entre l'État et les différentes branches ou régimes de la sécurité sociale et notamment celles signées en avril 2009 avec la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) pour la période 2009-2012 et avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) pour la période 2009-2013.

La simplification des démarches administratives, le plus souvent obtenue par la dématérialisation des procédures, permet en effet d'améliorer tant la qualité du service rendu aux usagers (assurés, allocataires, cotisants, professionnels de santé...) que l'efficacité des organismes de sécurité sociale.

Elle se décline dans tous les domaines et en direction de tous leurs usagers, professionnels de santé, employeurs, ou bénéficiaires de prestations.

Plusieurs opérations ou actions ont été initiées ou poursuivies dans ce sens :

### **1° 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 en 2008, contribuant à l'amélioration de l'exercice des professions médicales ou paramédicales libérales.

C'est dans ce contexte que le ministre a annoncé, en septembre 2008 l'ouverture de nouveaux chantiers notamment la convergence des télé-services via esp@ce-pro et la généralisation, intervenue le 28 mai 2009, du protocole de soins électronique. À noter que l'élaboration sur support papier de ce protocole avait été pointée comme étant la source principale de charge administrative par les médecins généralistes selon les résultats d'une étude réalisée fin 2007 par le cabinet Eurostaff à la demande de la direction de la sécurité sociale.

Ce nouveau plan a également été l'occasion d'entamer la réflexion autour de la rationalisation du recours aux certificats médicaux. En effet, les médecins sont trop souvent sollicités pour des demandes de certificats inutiles trop nombreuses voire abusives. La direction de la sécurité sociale a donc engagé, en partenariat avec le conseil national de l'Ordre des médecins un important travail interministériel qui a déjà permis d'aboutir à des premiers résultats concrets.

Le certificat COTOREP a été simplifié par arrêté du 23 mars 2009. Il est devenu commun pour les adultes et les enfants, permet des renouvellements très simplifiés et apporte la possibilité de joindre des comptes rendus. Sa forme a été également repensée en une approche en trois parties (description de la pathologie et description clinique/traitements retentissement fonctionnel et relationnel) remplaçant l'approche par déficiences. À noter que ce certificat avait été pointé comme une importante source de charge administrative par les médecins généralistes selon l'étude Eurostaff précitée.

Un travail a été engagé avec l'éducation nationale qui a abouti au cours de l'été 2009 à la suppression des certificats d'aptitude à l'entrée en maternelle et classe primaire. Un projet de communication simultané Ordre des médecins, Éducation nationale et Direction de la sécurité sociale pour rappeler les règles d'établissement des certificats d'absence, pour le sport et de classe transplantée est en cours d'élaboration pour une diffusion attendue avant la fin de l'année.

La direction des sports a inscrit la problématique des certificats pour le sport à l'ordre du jour des travaux de la commission « sport et santé ». À la demande de la direction de la sécurité sociale, la Haute autorité de santé a engagé un travail destiné à aboutir à un référentiel sur ce sujet.

La direction générale du travail a pour sa part engagé une réflexion sur le problème des certificats demandés à tort à la médecine de ville en lieu et place du médecin du travail

Enfin, la direction de la sécurité sociale, l'Ordre des médecins et le ministère de l'intérieur ont engagé une réflexion commune sur la problématique des certificats réclamés par les collectivités locales sans fondement juridique et parfois sans nécessité.

## **2° L'assurance maladie et les assurés sociaux: une fréquentation croissante et un enrichissement des services en ligne**

En janvier 2009, la branche maladie a enregistré sur son site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) 4,530 millions de visites (par 3,970 millions de visiteurs dont 3,403 millions d'assurés) soit une hausse de 33 % sur une année.

Cette hausse correspond à l'enrichissement en janvier 2009 du service ouvert en août 2008 « Adresses et Tarifs » des différents professionnels de santé (et établissements de soins) par profession et spécialité, qui permet de connaître, par une recherche sur toute commune, les coordonnées et toutes informations relatives à leurs tarifs, secteur de conventionnement, utilisation ou non de la carte vitale. Il a enregistré en janvier 2009 plus de 300 000 visites

Le site [ameli.fr](http://www.ameli.fr) propose à chaque assuré de créer « mon compte ameli », espace sécurisé et personnalisé dont les rubriques liées aux remboursements sont les plus consultées. Au 1<sup>er</sup> mars 2009, 2,438 millions d'assurés avaient ouvert un compte, nombre en progression constante depuis sa création en décembre 2007.

Ceux des assurés qui ont donné leur accord pour ce mode de communication reçoivent périodiquement un courriel les informant de la disponibilité de leur relevé de remboursement mensuel sur leur compte ameli. Il est plus rapide et moins coûteux que l'envoi papier auquel il se substitue.

Le « compte ameli » propose dorénavant par son nouveau service « Vous attendez un enfant » un accompagnement personnalisé des femmes enceintes tout au long de la grossesse avec un agenda des consultations et examens prénataux, conseils et guide d'information actualisé chaque mois.

## **3° Le développement des services en ligne de l'assurance retraite**

Le site [www.retraite.cnaf.fr](http://www.retraite.cnaf.fr) offre un accès sécurisé et confidentiel à différents services en ligne personnalisés, à tout assuré qui s'inscrit à l'aide de son identifiant (numéro de sécurité sociale) et d'un code confidentiel transmis par courrier sur demande (et modifiable ensuite par l'intéressé). Ces différents services correspondent aux étapes de la vie des futurs retraités ou retraités du régime général. Ainsi, peuvent être effectués en ligne :

À tout moment :

- la visualisation du relevé de carrière comportant le détail des périodes d'activité, le nombre de trimestres validés par année, et les salaires correspondants enregistrés au régime général ;
- l'estimation du coût d'un versement pour la retraite - rachat de trimestres pour les années incomplètes.

À compter de 54 ans :

- la demande de régularisation, si nécessaire, de la carrière, et le calcul estimatif de la retraite du régime général pour planifier le départ en retraite,

À partir de 59 ans et demi :

- le dépôt de la demande de retraite personnelle puis le suivi de l'état d'avancement du dossier,

Durant la retraite :

- la visualisation des 3 derniers paiements de la retraite ;
- l'obtention, chaque année, du montant des sommes à déclarer à l'Administration fiscale.

Plus d'un million de consultations de relevés de carrière sont ainsi effectuées en ligne par an.

Le service « estimation de la retraite » est considéré comme utile par 93,3 % des internautes ; les futurs retraités de plus de 55 ans utilisent principalement cette fonctionnalité ainsi que la recherche d'informations et la consultation du relevé de carrière.

De plus, le site [www.marel.fr](http://www.marel.fr), construit en partenariat avec les différents intervenants de l'assurance retraite, permet aux salariés (sauf certains régimes spéciaux), non salariés et fonctionnaires, de simuler leur future retraite, y compris complémentaire, selon les différentes hypothèses d'évolution de la carrière professionnelle et l'âge de départ à la retraite.

Par ailleurs, la CNAV est opérateur du projet « Mon service public », guichet personnalisé s'adressant en priorité aux particuliers piloté par la Direction générale de la modernisation de l'État. La première étape consiste en la mise en place de la fédération d'identité qui permet un accès unique aux différents services reliés, par le compte ouvert sur « Mon service public » à l'aide d'un identifiant unique et du même code confidentiel. Ainsi, dorénavant, les services de l'Assurance retraite sont également accessibles directement à partir de « [www.mon.service-public.fr](http://www.mon.service-public.fr) », pour les personnes ayant créé un compte sur ce site, et qui ont choisi de créer un lien spécifique avec leur compte retraite.

#### **4° L'offre de service des CAF orientée vers la simplification des démarches: deux illustrations, le test d'éligibilité au Revenu de solidarité active (RSA), la création du site « [www.mon-enfant.fr](http://www.mon-enfant.fr) »**

Le RSA s'est substitué au 1<sup>er</sup> juin 2009 au revenu minimum d'insertion (RMI) et à l'allocation de parent isolé (API). À cette date, les bénéficiaires de ces prestations ont basculé automatiquement et sans démarche au RSA. Y sont également éligibles certaines personnes ayant des revenus modestes pour lesquelles le RSA sera servi en complément de ressources d'activité. Pour informer les bénéficiaires potentiels de leurs droits, le site [www.caf.fr](http://www.caf.fr) a mis à disposition des allocataires un outil technique. Il s'agit d'un test d'éligibilité qui permet à toute personne d'estimer le droit auquel elle peut prétendre. Plus de 1,5 million de connexions ont été comptabilisées pour ce test au cours de la première quinzaine du mois d'avril, recensant plus de 470 000 bénéficiaires potentiels.

La Caisse nationale des allocations familiales a créé en mai 2009 le site « Mon-enfant.fr », destiné à améliorer l'information des familles et faciliter leur recherche d'un mode d'accueil des enfants. Ce site a été construit en partenariat avec les acteurs nationaux et locaux de la petite enfance et de la jeunesse. Il recense, pour l'ensemble du territoire, les différentes possibilités offertes: les structures d'accueil, les assistantes maternelles. En outre un simulateur de coût est proposé pour l'accueil collectif.

---

### **3. 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. Les décrets d'application sont parus au *Journal officiel* du 13 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 Jégo 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.

S'appuyant notamment sur les travaux ministériels, une proposition de loi a été déposée en juillet 2008 par M. Warsmann, président de la commission des lois de l'Assemblée nationale. De cette proposition est issue la loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification du droit et d'allègement des procédures. Huit de ses dispositions concernent la sécurité sociale. La plus notable d'entre elles concerne l'extension du rescrit social. Une autre habilite le gouvernement à prendre par ordonnance les dispositions nécessaires à une meilleure harmonisation du code rural et du code de la sécurité sociale en matière de protection sociale.

Il a été convenu entre le gouvernement et les parlementaires de poursuivre chaque année ce travail législatif de simplification du droit. Aussi une nouvelle proposition de loi de simplification et d'amélioration de la qualité du droit a-t-elle été déposée le 7 août 2009 par le président Warsmann. Comme la précédente, elle a fait l'objet d'un travail préparatoire concerté avec les différents ministères. Cette proposition, comme le permet la récente réforme constitutionnelle, sera soumise à l'avis du Conseil d'État et inaugurera d'ailleurs cette procédure. La proposition déposée comporte huit dispositions directement relatives à la sécurité sociale ainsi que quelques dispositions la concernant également bien que de portée plus générale.