

# 2013

## 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 2012
- Mesures de simplification





**ANNEXE 3**

**A / MISE EN ŒUVRE  
DE LA LOI DE  
FINANCEMENT DE LA  
SÉCURITÉ SOCIALE  
POUR 2012**

**B / MESURES DE  
SIMPLIFICATION**



# A / MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012

## 1. Dispositions relatives à l'année 2011

### Section I - Recettes

#### Art. 3: Plafonnement de la compensation bilatérale maladie

Cette mesure consiste à encadrer le mécanisme de compensation bilatérale par une règle de plafonnement des transferts nets permettant d'éviter qu'un régime lui-même déficitaire ne contribue plus que nécessaire à l'équilibrage d'un autre régime. Cette règle d'écrêtement des transferts permettra d'assurer *a minima* que la compensation bilatérale ne conduit pas à placer un régime en situation d'excédent comptable alors même que le régime débiteur est soumis à un impératif de redressement.

Cette mesure législative d'application directe a été complétée par des dispositions réglementaires visant une mise en place effective à terme, dans les régimes spéciaux parties au mécanisme de compensation bilatérale maladie, d'une distinction dans leurs comptes de ce qui correspond au régime de base d'assurance maladie et de ce qui relève du régime spécifique (décret n° 2011-2083 du 30 décembre 2011 portant diverses dispositions relatives aux compensations généralisées et bilatérales).

### Section II - Dépenses

#### Art. 6: Déchéance des crédits FMESPP 2011

En application du 3° du I de l'article 88 de la LFSS pour 2011, la dotation au FMESPP de l'année en cours doit être diminuée en partie rectificative de la LFSS du montant des crédits déchués en application des règles de déchéance annuelles et triennales. Cet article modifie ainsi le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP au titre de 2011, en le portant à 289,72 M€ (soit un montant de crédits déchués de 57,99 M€).

Cet article ne nécessitait pas de mesure d'application.

#### Art. 7: Rectification de la contribution de l'assurance maladie aux ARS

L'article 118 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a introduit un article L. 1432-6 nouveau au code de la santé publique qui dispose que les contributions des régimes d'assurance maladie aux agences régionales de santé sont déterminées annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 avait fixé un plafond de 173 M€ pour la contribution de l'assurance maladie. En 2010 et en loi de financement initiale pour 2011, des montants provisoires et estimatifs avaient été retenus, en l'attente d'une enquête exhaustive pour ajuster cette contribution en fonction de la réalité des transferts.

L'enquête, réalisée en début d'année 2011, ayant permis de connaître le « socle » réel de la contribution de l'assurance maladie aux ARS (rémunération des agents et coûts de fonctionnement induits), cet article a rehaussé le niveau de la contribution des ARS pour 2011 de 151 M€ à 161 M€.

L'arrêté du 23 décembre 2011 (JO du 30) a procédé à la répartition de cette contribution entre les régimes obligatoires de base d'assurance maladie.

---

## **2. Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour 2012**

---

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

---

#### **Art. 10: Obligation pour les organismes complémentaires maladie de communiquer aux assurés leurs frais de gestion**

Cet article subordonne le bénéfice des exonérations sociales et fiscales attachées aux contrats d'assurance maladie complémentaire dits « responsables », au fait que l'organisme assureur (mutuelle, institution de prévoyance ou entreprise d'assurance) communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférentes à ce risque.

Un arrêté du 17 avril 2012 (JO du 4 mai) a déterminé les conditions d'application de ces dispositions. Du fait de difficultés de mise en œuvre pratique de cette mesure, l'entrée en vigueur de cet arrêté sera reportée par un arrêté actuellement en cours de publication. Cet arrêté prévoira que l'obligation d'information entre en vigueur pour les contrats et règlements souscrits ou renouvelés après le 31 décembre 2013.

#### **Art. 11: Rapport au Parlement sur la gestion comparée des organismes de base et complémentaires d'assurance maladie**

Cet article prévoit qu'un rapport analysant comparativement les coûts de gestion et le niveau des prestations servies comparées aux cotisations versées des organismes de sécurité sociale, d'une part, des mutuelles et des organismes privés d'assurance complémentaire, d'autre part devant être adressé au Parlement avant le 31 août 2012. Cette analyse soulève toutefois des difficultés méthodologiques qui nécessitent des travaux complémentaires. C'est pourquoi la remise de ce rapport sera reportée à 2013.

#### **Art. 12: Augmentation du taux du forfait social**

Cet article augmente de deux points le taux du forfait social (8 % contre 6 %).

Cette contribution spécifique, instaurée par la LFSS pour 2009, s'applique aux éléments de rémunération des salariés qui sont soumis à la CSG mais qui n'entrent pas dans l'assiette des cotisations. Son assiette est principalement constituée des primes d'intéressement et de participation, des contributions des employeurs aux régimes de retraite supplémentaire, des abondements de l'employeur aux plans d'épargne entreprise et au plan d'épargne pour la retraite collective (PEE et PERCO), de la prime dite de partage des profits, instaurée par la loi rectificative de financement de la sécurité sociale pour 2011. Le taux de ce forfait, fixé à l'origine à 2 %, est passé à 4 % en LFSS pour 2010 et à 6 % en LFSS pour 2011.

Cette hausse de taux ne nécessitait pas de mesure d'application.

#### **Art. 13: Exonération « public fragile » étendue aux familles fragiles**

L'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale permet aux publics dits « fragiles » (personnes âgées, dépendantes ou en situation de handicap) de bénéficier d'une réduction de cotisations patronales quand ils emploient des personnes à leur domicile. Cet article a étendu la qualité de

public fragile aux familles en difficulté aidées par les CAF et les Conseils généraux qui financent, dans le cadre de l'action sociale, des actions de soutien au domicile à destination des familles rencontrant des problèmes temporaires (surcharge de travail domestique, naissances multiples, décès de l'un des parents...).

Cet article est d'application directe.

#### **Art. 14: Abaissement du seuil d'assujettissement des indemnités de rupture**

Cet article abaisse le plafond d'exclusion d'assiette des indemnités de rupture de 3 à 2 fois le plafond annuel de la sécurité sociale, soit environ 73 000 €. Le 12<sup>e</sup> alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction actuelle précise ainsi désormais qu'est exclue de l'assiette des cotisations sociales, dans la limite d'un montant fixé à 2 fois la valeur annuelle du plafond annuel de la sécurité sociale, la part des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail ou de la cessation forcée des fonctions de mandataires sociaux et qui n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu.

La circulaire n°DSS/5B/2011/145 du 14 avril 2011 avait précisé, lors de la mesure de la LFSS pour 2011 qui avait introduit le plafonnement à 3 fois le plafond annuel de la sécurité sociale, les modalités à retenir pour la mise en œuvre de cette disposition. Avec l'abaissement de 3 à 2 fois le plafond annuel de la sécurité sociale, les précisions apportées par cette circulaire demeurent applicables.

#### **Art. 15: Contribution libératoire versée par les tiers**

Cet article a pour objet de simplifier et de clarifier le dispositif mis en place par la LFSS 2011, s'agissant de l'assujettissement, selon différentes modalités (application du droit commun ou d'une contribution libératoire) des rémunérations allouées aux salariés par une personne tierce à l'employeur. En cas d'application du droit commun, sont précisées les cotisations et contributions dues. Dans le cas du versement de la contribution libératoire, les modalités déclaratives sont allégées afin de ne faire reposer sur le tiers qu'un formalisme adapté à ces rémunérations dont le législateur n'a pas entendu freiner la progression.

La circulaire n°DSS/5B/2011/415 du 9 novembre 2011 relative aux rémunérations versées à un salarié par une personne tierce à l'employeur, remplacée par la circulaire n° DSS/5B/2012/56 du 5 mars 2012, a apporté les précisions nécessaires à la mise œuvre de l'article L. 242-1-4 du code de la sécurité sociale, tant en ce qui concerne le recouvrement que les prélèvements applicables à ces sommes ou avantages.

#### **Art. 16: Réintégration des heures supplémentaires dans le calcul de la réduction générale des cotisations patronales**

Cet article, dans la lignée de la rationalisation du dispositif entamée avec l'annualisation du calcul de l'allègement Fillon adoptée en LFSS pour 2011, réintègre les heures supplémentaires et complémentaires dans la base servant au calcul de cet allègement.

Le décret n° 2011-2086 du 30 décembre 2011 (JO du 31) portant adaptation des modalités de calcul de la réduction générale de cotisations patronales de sécurité sociale a apporté les précisions nécessaires à la mise en œuvre de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale en procédant notamment à la réécriture de la formule de calcul de la réduction générale des cotisations patronales applicables aux employeurs: la neutralisation des rémunérations afférentes aux heures supplémentaires et complémentaires est supprimée et le volume d'heures supplémentaires réalisé dans le volume annuel d'heures servant à la détermination du Smic est porté au numérateur.

### **Art. 17: Modification des règles d'abattement pour frais professionnels applicables à la CSG et à la CRDS**

Cet article aménage l'abattement opéré sur l'assiette de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) au titre des frais professionnels, afin de le rendre conforme aux évolutions actuelles, tendant à une meilleure prise en charge directe de ces frais par les entreprises. Cet abattement passe ainsi de 3 à 1,75 %. Par ailleurs, cet article 17 a supprimé cet abattement pour les revenus autres que les salaires et les allocations de chômage: l'ensemble des rémunérations additionnelles pour lesquelles le salarié n'expose pas de frais professionnels (intéressement, participation, indemnités versées aux élus disposant déjà d'indemnités spécifiques de prise en charge des frais professionnels) ne bénéficient ainsi plus de l'abattement.

La circulaire n°DSS/5B/2011/495 du 30 décembre 2011 relative à l'abattement au titre des frais professionnels mentionné à l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale a précisé les éléments de rémunération pour lesquels il n'est désormais plus opéré d'abattement de l'assiette de la CSG et de la CRDS.

### **Art. 18: Clarification du recouvrement de la CSG sur les revenus de source étrangère**

Cette mesure vise à simplifier les démarches des redevables de la CSG assise sur les revenus d'activité et de remplacement de source étrangère qui ne font pas l'objet d'un précompte. En effet, la CRDS sur ces revenus était recouvrée comme l'impôt sur le revenu alors que la CSG sur ces mêmes revenus était recouvrée comme les cotisations ce qui nécessitait donc une démarche spécifique des intéressés auprès des URSSAF. Il convenait donc, par souci de simplification et afin de sécuriser cette composante des recettes de CSG, d'aligner les modalités de recouvrement de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement de source étrangère sur celles de la CRDS.

Cet article est d'application directe.

### **Art. 19: Contributions sociales portant sur les royalties**

Cette mesure qualifie explicitement, pour l'application des prélèvements sociaux de revenus du patrimoine, les redevances et avances sur redevances versées aux artistes du spectacle et aux mannequins en contrepartie de la cession de leur droit de propriété intellectuelle, pour les premiers, et de leur droit à l'image, pour les seconds. Ces sommes sont désormais assujetties à des prélèvements sociaux au taux global de 15,50 %.

Cet article est d'application directe. Afin de tenir compte du recouvrement de ces sommes sous la forme d'un précompte, la circulaire N° DSS/5B/2012/161 du 20 avril 2012 relative au régime social des redevances et avances sur redevances a précisé que le taux du prélèvement sur les redevances était maintenu à 13,5 % jusqu'au 30 juin 2012. Cette circulaire a par ailleurs précisé les conditions dans lesquelles des avances sur redevances pouvaient bénéficier du régime social applicable aux redevances, notamment dans le secteur de la production cinématographique et du disque.

### **Art. 20: Harmonisation de l'assiette de la C3S**

Cet article harmonise la définition de l'assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S) acquittée par les établissements de crédit, qui s'était avérée dans les faits très hétérogène selon les établissements.

Le formulaire déclaratif disponible sur le portail net-entreprises a été adapté à la nouvelle définition de l'assiette et la circulaire n°DSS/5D/2012/83 du 21 février 2012 a commenté ces dispositions.



### **Art. 21: Réforme du barème de la taxe sur les véhicules de société (TVS)**

Depuis 2006, la TVS s'applique selon un barème progressif assis sur la quantité de CO<sub>2</sub> émise par le véhicule. Cette progressivité visait à inciter les sociétés à renouveler leur parc automobile au profit de véhicules moins polluants. Pour les voitures dont les mises en circulation sont antérieures à 2006, le barème reste celui des chevaux fiscaux.

Depuis cette date, le barème de la TVS était demeuré inchangé ce qui engendrait d'une part une érosion accélérée de la recette et d'autre part la suppression des effets incitatifs de la taxe.

Cet article, d'application directe, rénove le barème de la TVS et supprime des niches qui amputaient son assiette.

### **Art. 22: Hausse des droits sur les alcools**

Cet article renchérit le prix des boissons alcoolisées par l'entremise du levier fiscal. Il augmente d'une part les droits d'accise sur les alcools, et transforme, d'autre part, la cotisation de sécurité sociale spécifique sur les produits dont le titre alcoolique est élevé, afin qu'elle soit calculée par degré d'alcool pur et non plus par unités de volume.

En outre, afin de rendre la taxation globale plus progressive et ne plus exclure certaines boissons à base de cassis, de noix de coco, de litchis, de menthe..., il élargit légèrement le champ de la cotisation (abaissement du point d'entrée à 18 °), et diminue en contrepartie les droits d'accise sur les produits intermédiaires.

Ces dispositions sont d'application directe.

### **Art. 23: Fixation du taux K de la clause de sauvegarde**

Cet article fixe le taux K (taux de croissance du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique au-delà duquel la clause de sauvegarde s'applique) à 0,5 % pour 2012. Le rendement attendu viendra en déduction des dépenses remboursées de médicaments, sous forme de remises conventionnelles par agrégats.

Cette disposition est d'application directe.

### **Art. 24: Élargissement de l'assiette de la taxe sur les dépenses promotionnelles de médicaments à la presse médicale**

La contribution sur la promotion des médicaments avait pour assiette l'ensemble des charges de rémunération des visiteurs médicaux, leurs frais de transport, de repas et d'hébergement ainsi que les dépenses de publicité pour les médicaments hors celles exposées pour des insertions dans la presse médicale.

Cette mesure supprime l'exonération existante applicable à la publicité dans la presse médicale.

Cette disposition est d'application directe.

### **Art. 25: Hausse de la contribution des laboratoires pharmaceutiques sur leur chiffre d'affaires**

Le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques mentionnée à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale (CSS) et dont le produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), a été fixé à 1 % pour une période triennale 2009/2010/2011 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Il n'était donc plus applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Le taux de la contribution est fixé à 1,6 % pour la période triennale 2012/2013/2014 et celle-ci demeure affectée au financement de la branche maladie du régime général.

Cet article est d'application directe.

#### **Art. 26: Réforme du financement de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)**

Les dispositions prévues à l'article 26 soit étaient d'application immédiate (articles 1600-0 N, 1600-0 O et 1600-0 P du code général des impôts) soit nécessitaient, pour les taxes et droits prévus aux articles L. 5321-3 du code de la santé publique, 1600-0R et 1635bis AE du CGI, un décret d'application (décret n° 2012-381 du 19 mars 2012, JO du 21).

Le recouvrement des taxes et droits, qui a fait l'objet d'un protocole signé le 27 mars 2012 entre la direction générale des finances publiques, la direction générale de la santé et l'AFSSAPS est opérationnel.

#### **Art. 27: Financement de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles**

Cet article améliore les comptes de la branche vieillesse du régime des non salariés agricoles en prévoyant :

- la reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) des déficits des exercices 2009 et 2010 de la branche vieillesse du régime, soit 2,467 Md€. Cette somme a été transférée par la CADES à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) le 31 décembre 2011, date limite fixée par la loi de financement. Conformément à l'article 4 bis de l'ordonnance du 24 janvier 1996, la durée d'amortissement de la dette sociale n'a pas été allongée par cette reprise de dette. Cette disposition était d'application directe ;
- l'attribution définitive de 400 M€ à la branche par la mobilisation de ressources supplémentaires. La loi a modifié les articles L. 731-2 et L. 731-3 du code rural et de la pêche afin d'affecter les rendements supplémentaires liés aux hausses des droits sur les alcools à la branche vieillesse du régime des non salariés agricoles (cf. article 22 ci-dessus). Cette mesure était d'application directe.

#### **Art. 28: Transfert au 1<sup>er</sup> janvier 2013 du régime spécial d'assurance maladie de la CCI Paris au régime général**

Cet article prévoit à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013 l'affiliation au régime général d'assurance maladie des salariés et anciens salariés de la chambre de commerce et d'industrie (CCI) de Paris qui relevaient jusqu'à présent d'un régime spécial géré par cet établissement.

La mise en œuvre de cette intégration est préparée dans le cadre d'un comité de pilotage associant la CNAMTS, les caisses locales du régime général concernées et la CCIP. Les opérations de transfert de données devraient débuter dès l'automne 2012 en vue de respecter l'échéance du 1<sup>er</sup> janvier 2013. Un décret en Conseil d'État, en cours d'adoption, a été rédigé sur la base des travaux de ce comité de pilotage afin de préciser les modalités d'intégration des intéressés au régime général.

#### **Art. 29: Suppression de la double cotisation « régime de base vieillesse et invalidité-décès » des experts comptables au régime de base**

Cet article prévoit la suppression, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, de l'obligation de cotiser au régime de base des professions libérales et à son régime invalidité-décès pour les experts-comptables salariés qui cotisent déjà au régime général. Ainsi, depuis cette date, les experts-

comptables salariés ne sont redevables que de la cotisation au régime complémentaire de la caisse d'assurance vieillesse des experts-comptables (CAVEC).

Le décret n° 2012-193 du 7 février 2012 (JO du 9) relatif aux cotisations d'assurance vieillesse et invalidité-décès des experts-comptables salariés a complété cet article, en abrogeant les dispositions contenues à l'article D. 642-5 du code de la sécurité sociale relatif aux cotisations du régime de base des professions libérales et en adaptant en conséquence les dispositions de l'article 3 du décret n° 53-506 du 21 mai 1953 relatif au régime d'assurance vieillesse complémentaire des experts-comptables et des commissaires aux comptes afin de préciser les conditions dans lesquelles la cotisation est appelée et recouvrée.

### **Section III - Dispositions relatives au recouvrement, à la trésorerie et à la comptabilité**

---

#### **Art. 37: Simplification du prélèvement des travailleurs indépendants**

Cet article supprime les divergences d'appréciation entre les définitions de l'assiette fiscale et de l'assiette sociale. Elles instaurent en outre une harmonisation des règles applicables à l'ensemble des régimes.

Le décret n° 2011-2038 du 29 décembre 2011 (JO du 30) fixe le montant de l'assiette forfaitaire des cotisations de sécurité sociale de début d'activité dues, à titre provisionnel, par les travailleurs indépendants non agricoles à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012. Ce texte harmonise également l'indice de référence qui devient le plafond annuel de la sécurité sociale pour l'ensemble des risques.

Le décret n° 2012-443 du 3 avril 2012 (JO du 4) relatif aux cotisations de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants non agricoles harmonise les cotisations minimales sur l'indice commun du plafond annuel de la sécurité sociale et instaure des sanctions applicables aux cotisants ayant exercé la faculté de moduler leurs cotisations provisionnelles sur la base d'un revenu estimé de l'année en cours inférieur de plus d'un tiers par rapport au revenu réel.

S'agissant des mesures imposant des dispositions réglementaires à prendre par décret en Conseil d'État, un texte est en préparation et doit être publié au cours du dernier trimestre 2012. Il précisera les nouvelles modalités déclaratives des revenus et les conditions de paiement et de remboursement des cotisations.

Les autres dispositions législatives de cet article sont d'application directe.

#### **Art. 38: Peine applicable aux employeurs agricoles récidivistes qui retiennent pour eux indûment les cotisations salariales précomptées sur le salaire**

Dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité, le Conseil Constitutionnel a jugé que la procédure pénale de rétention du précompte des cotisations salariales du régime agricole était contraire à la Constitution. Il a considéré que pour une même *infraction*, les employeurs agricoles et les employeurs non-agricoles ne devaient pas être soumis à des sanctions différentes et qu'ainsi, la loi pénale avait institué une différence de traitement injustifiée entre les auteurs d'*infractions* identiques.

L'article 38 a donc repris le dispositif du régime général des salariés pour l'appliquer au régime des salariés agricoles. Ainsi, en cas de récidive, l'employeur qui a indûment retenu par devers lui les cotisations salariales précomptées sur le salaire sera puni d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de 3 750 euros ou de l'une de ces deux peines seulement. Par ailleurs, le tribunal pourra ordonner que le jugement de condamnation soit publié, intégralement ou par extraits, dans les journaux qu'il désignera, et affiché dans les lieux qu'il indiquera, le tout aux frais du contrevenant.

Cette disposition nécessite un décret en Conseil d'État fixant les peines hors cas de récidive. La disposition réglementaire a été préparée et insérée dans un projet de décret en Conseil d'État portant diverses dispositions en matière de recouvrement des cotisations sociales.

#### **Art. 39: Articulation de la DADS avec la DSN**

Cet article donne un cadre législatif à la déclaration annuelle des données sociales (DADS) ainsi qu'au tableau récapitulatif des cotisations de sécurité sociale, deux déclarations sociales annuelles que les employeurs dont le personnel relève du régime général sont tenus d'accomplir.

Le texte rappelle les finalités poursuivies par la DADS, les déclarations auxquelles celle-ci se substitue ainsi que les modalités déclaratives. Il précise en outre les sanctions auxquelles l'employeur s'expose à défaut d'accomplissement de la DADS et du tableau récapitulatif des cotisations ou en cas d'omission ou d'inexactitude des données déclarées.

Ces dispositions sont applicables à compter des rémunérations versées au titre de l'année 2012, c'est-à-dire aux déclarations devant être effectuées au plus tard le 31 janvier 2013. Toutefois, pour certains employeurs dont le personnel relève de régimes spéciaux, l'obligation d'accomplir la DADS peut être reportée par décret au plus tard aux rémunérations versées au cours de 2015.

Le projet de décret simple, devant préciser l'organisme auquel la DADS doit être adressée, la liste des déclarations regroupées dans la DADS autres que celles prévues par la loi ainsi que la liste des employeurs relevant de régimes spéciaux auxquels l'application des dispositions sur la DADS peut être reportée, est actuellement examiné par la CNIL.

#### **Art. 40: Simplification du paiement des cotisations des bénéficiaires APA / PCH en cas de CESU préfinancés**

Le chèque emploi service universel (CESU) préfinancé peut actuellement être utilisé comme moyen de paiement pour le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Afin de simplifier le paiement des cotisations sociales par les bénéficiaires de ces prestations, le présent article prévoit que les départements pourront prendre en charge sous forme de « tiers payant » les cotisations dues par les bénéficiaires qui choisissent de recourir directement à un salarié. Ce système permettra aux départements de prendre directement en charge les cotisations plutôt que de verser au bénéficiaire un montant correspondant de l'aide qui doit ensuite les acquitter auprès du Centre national gérant le CESU. Le montant de cette prise en charge sera déterminé par le Centre national gérant le CESU au vu des éléments déclarés par l'employeur, dans la limite des montants prévus par le plan d'aide ou le plan personnalisé de compensation.

Les modalités d'application de ce dispositif seront fixées par un décret dont ont été saisies les conseils d'administration des caisses de sécurité sociale au début du mois de septembre et qui sera publié cet automne.

#### **Art. 41: Contrôle de l'État employeur et des institutions de la République par la Cour des comptes et l'URSSAF de Paris**

Cet article prévoit une clarification du partage des responsabilités en matière de contrôle entre la Cour des comptes et les Urssaf. La Cour des comptes sera ainsi chargée du contrôle des cotisations payées aux membres du Gouvernement et leurs proches collaborateurs. La Cour des comptes sera contrôlée quant à elle par l'URSSAF dont elle relève, soit l'Urssaf de Paris-Région parisienne.

Ces dispositions sont d'application directe.

#### **Art. 42: Encadrement des politiques d'emprunt et de placement des régimes**

Cet article introduit dans le code de la sécurité sociale un chapitre relatif à la gestion des risques financiers. Il vise à encadrer les modalités de placement et de recours à l'emprunt des régimes et organismes de sécurité sociale habilités à mobiliser des ressources non permanentes en application de la loi de financement. Ils sont désormais tenus de se financer auprès d'un établissement de crédit agréé, au sens du code monétaire et financier, par des emprunts bancaires dont la durée ne peut être supérieure à un an. Il est aussi précisé, qu'à titre dérogatoire et conformément à la pratique actuelle, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), en charge de la gestion de trésorerie du régime général, est autorisée à émettre des titres de créances négociables sur les marchés dans les mêmes conditions de durée. Son programme d'émission doit faire l'objet chaque année d'une approbation par les ministres chargés de sa tutelle. L'article prévoit par ailleurs la transmission au Parlement des résultats d'un audit contractuel sur la politique de gestion du risque de liquidité mise en œuvre par l'ACOSS. Ces éléments sont retracés dans l'annexe IX du présent PLFSS.

Les placements sont, quant à eux, aussi circonscrits dans le temps, dans des actifs réalisables à des échéances compatibles avec la durée prévisible des disponibilités placées.

Enfin, cet article ouvre la possibilité pour l'ACOSS d'accorder des avances aux régimes obligatoires de base, organismes et fonds de la sécurité sociale dans des conditions restreintes. Elles doivent être limitées dans le temps (durée inférieure à un mois), et le montant, dans la limite des flux financiers de l'année en cours entre l'Agence et l'organisme concerné. La convention organisant les conditions de ce prêt doit être soumise à l'approbation des ministres de tutelle.

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

#### **Art. 43: Reconnaissance à la Cour des comptes d'une faculté d'examen des opérations gérées pour le compte du régime général par d'autres organismes**

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 avait fixé un cadre général aux échanges d'informations entre la Cour des comptes et les commissaires aux comptes pour les besoins de leurs missions respectives de certification des comptes du régime général et des comptes des autres régimes et organismes de sécurité sociale, dont les modalités ont été précisées par le décret n° 2011-703 du 21 juin 2011.

L'article 43 complète ce dispositif en accordant à la Cour des comptes, dans le cadre de sa mission de certification, la faculté d'examiner directement les opérations effectuées par d'autres régimes et organismes de sécurité sociale pour le compte du régime général.

Cette disposition est d'application directe.

---

### **3. Dispositions relatives aux dépenses pour 2012**

---

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

---

##### **Art. 45: Assouplir les conditions d'indemnisation de l'arrêt de travail à temps partiel pour les assurés atteints d'une affection de longue durée**

Afin de lutter contre la désinsertion professionnelle et de tenir compte de l'évolution des modes de prise en charge, l'article 45 clarifie le cadre du versement des indemnités journalières (IJ) pour un arrêt de travail prescrit à temps partiel faisant suite à un arrêt de travail à temps complet.

En outre, il permet le service des IJ en cas d'arrêt à temps partiel sans que celui-ci ait été précédé d'un arrêt à temps complet pour les bénéficiaires d'une affection de longue durée (ALD). Jusqu'alors, cette possibilité n'existait pas et ces assurés devaient au préalable avoir un arrêt de travail à temps complet.

L'article renvoie à un décret simple le soin de fixer la durée maximale de versement des IJ à temps partiel. Avant cette réforme, la durée de versement était d'ores et déjà fixée par décret en Conseil d'État (article R.323-3 du code de la sécurité sociale). Pour le moment, elle n'a pas été modifiée et demeure donc d'un an au plus par rapport à la durée de 3 ans de versement d'IJ pour un arrêt à temps complet (soit une indemnisation totale à temps complet puis à temps partiel de 4 ans maximum).

##### **Art. 47: Renforcement de la mission médico-économique de la Haute autorité de santé (HAS)**

Cette mesure vise, d'une part, à renforcer la mission médico-économique de la HAS, en matière de stratégies de soins, de prescription et de prise en charge et, d'autre part, à étendre le champ d'expertise de la HAS en matière d'évaluation médico-économique aux produits de santé. L'avis de la HAS, issu de l'analyse médico-économique, devient ainsi l'une des composantes qui pourront être prises en compte par le comité économique des produits de santé (CEPS) pour fixer les prix des produits de santé. La loi prévoit que toute demande d'inscription et de renouvellement d'inscription d'un produit de santé nécessitant une évaluation médico-économique est accompagnée du versement d'une taxe additionnelle dont le barème doit être fixé par décret dans la limite de 5 580 €.

Deux projets de décret d'application sont prévus par l'article 47. Le premier, en Conseil d'État, est en cours de contreseing. Il précise, d'une part, les cas dans lesquels une évaluation médico-économique est requise pour les produits de santé et, d'autre part, les conditions dans lesquelles celle-ci est réalisée. Il a fait l'objet d'une concertation avec les représentants de l'industrie des produits de santé et la HAS. Il prévoit un délai d'un an entre la publication du décret et l'entrée en vigueur de ses dispositions. Le second, décret simple en cours d'élaboration, fixe le montant de la taxe additionnelle que verseront les entreprises dans le cadre de l'évaluation médico-économique.

##### **Art. 48: Motivation des décisions du CEPS**

L'article 48 prévoyant la motivation des décisions du Comité économique des produits de santé (CEPS) lorsque la fixation du prix du médicament est fondée sur une appréciation de l'amélioration du service médical rendu différente de celle de la commission de la transparence (HAS) vise à rendre plus lisibles et transparentes les décisions du CEPS en matière de fixation des prix d'un médicament.

Cette disposition est d'application directe.

#### **Art. 49: Prolongation des expérimentations « nouveaux modes de rémunération »**

Les expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération (ENMR) des professionnels de santé ont été créées par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 pour une durée de cinq ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008. Les ENMR permettent de rémunérer les maisons et centres de santé pour des activités de coordination, de coopération et d'éducation thérapeutique. À l'issue de la concertation menée avec les professionnels de santé, la mise en place de ces expérimentations s'est effectuée en deux étapes, 2010 pour six régions et 2011 pour la France entière.

Compte tenu de cette mise en œuvre tardive, cet article prolonge la durée des expérimentations afin que leur déploiement puisse être évalué sur trois exercices. Il prévoit également qu'à l'issue de l'expérimentation, une négociation conventionnelle s'engage entre l'assurance maladie et les professionnels de santé pour mettre en place une rémunération de l'exercice pluri-professionnel.

Ces dispositions sont d'application directe.

#### **Art. 52: Principe actif d'origine végétale ou minérale (génériques)**

Cet article élargit le périmètre des médicaments qui peuvent être inscrits au répertoire des groupes génériques. Il permet l'inscription à ce répertoire des médicaments dont la substance active est d'origine végétale ou minérale.

Un projet de décret en Conseil d'État d'application de cette mesure est en cours de finalisation. Il a pour objet principal de prévoir la procédure d'inscription au répertoire des groupes génériques de ces spécialités.

#### **Art. 53: Soumettre l'élaboration du programme régional de mise sous accord préalable pour les soins dispensés dans les services de soins et de réadaptation à la concertation des fédérations hospitalières**

L'objectif de cet article est de soumettre à la concertation des fédérations hospitalières l'élaboration du programme régional de mise sous accord préalable pour les soins dispensés dans les services de soins de suite et de réadaptation. La mise sous accord préalable vise à une meilleure application des référentiels élaborés par la Haute Autorité de Santé.

Cette disposition est d'application directe.

#### **Art. 54: Prise en charge à 100 % des frais de transport dans les CAMSP et les CMPP**

L'article 54 prévoit la prise en charge par l'assurance maladie, dans les conditions et limites de droit commun prévues par les articles L. 321-1, 2<sup>o</sup> et L. 322-5 et les articles R. 322-10 à R. 322-10-7 du code de la sécurité sociale, des frais de transport des enfants et adolescents fréquentant les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

Un décret en Conseil d'État est nécessaire en application de l'article L. 322-3 modifié précisé par l'article 54 pour fixer le niveau de participation des usagers fréquentant ces structures qui ne bénéficient pas d'exonération de participation au titre d'une affection de longue durée. Il est en cours de préparation.

### **Art. 55: Réforme de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)**

L'article 55 prévoit la création d'un « label ACS » pour les contrats d'assurance complémentaire de santé visant à aider les ménages modestes dans leur choix de contrat de complémentaire, en améliorant la qualité des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS.

L'élaboration de la convention tripartite entre l'État, l'UNOCAM et le Fonds CMU, qui doit fixer les modalités de cette labellisation, n'a, à ce jour, pas encore abouti. En conséquence, le décret simple prévu par la loi, qui doit fixer les modalités d'établissement par le fonds CMU de la liste des organismes complémentaires proposant des contrats labellisés, n'a pu intervenir.

### **Art. 56: Modification de l'option de coordination dans la convention médicale 2011**

Cet article avait deux objets :

- il habilitait les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à modifier la convention médicale par arrêté si dans un délai d'un mois à compter de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, les partenaires conventionnels n'avaient pas signé un accord sur le secteur optionnel. En l'absence d'avenant mettant en œuvre le secteur optionnel, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pouvaient ainsi porter de 20 % à 50 % le taux de dépassement d'honoraires encadré dans le cadre de l'option de coordination prévue dans la convention médicale pour les trois spécialités de bloc ;
- il introduisait dans les contrats responsables la prise en charge de ces dépassements d'honoraires à hauteur de la limite des dépassements d'honoraires encadrés, soit 50 % des tarifs de remboursement de la sécurité sociale.

Les partenaires conventionnels et l'UNOCAM disposaient d'un mois à compter de la publication de la loi de financement pour signer l'avenant relatif au secteur optionnel, soit jusqu'au 23 janvier 2012. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale du gouvernement précédent ont pris les deux textes suivants :

- l'arrêté du 21 mars 2012 (JO du 22) a modifié l'option de coordination dans la convention médicale de 2011 en portant le taux maximum des dépassements d'honoraires maîtrisés à 50 % du tarif opposable pour les 3 spécialités de bloc ;
- le décret n° 2012-386 du 21 mars 2012 (JO du 22) a prévu que les contrats responsables doivent prendre en charge ces dépassements dans leur intégralité pour les 3 spécialités de bloc.

Il est proposé dans le PLFSS pour 2013 d'abroger cet article 56. Les textes pris pour l'application de cet article seront également abrogés.

### **Art. 57: Amélioration de la performance des organisations des établissements de santé**

L'article 57 prévoit l'intégration systématique dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements de santé d'indicateurs de performance « relatifs aux conditions de gestion des établissements de santé, de prise en charge des patients et d'adaptation aux évolutions du système de santé », la mise à disposition du public des résultats de ces indicateurs ainsi que la possibilité pour le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) d'intéresser les établissements en fonction de l'atteinte des objectifs fixés au CPOM.

L'article de loi renvoie à différents textes d'application pour préciser les modalités de mise en œuvre de cette mesure et, en particulier, pour fixer la liste des indicateurs de performance retenus et déterminer les conditions d'application du dispositif d'intéressement. Ces textes d'application sont actuellement en cours d'élaboration.



### **Art. 58: Ristournes pour la biologie**

L'article L. 6211-21 du code de la santé publique, modifié par cet article 58, permet à un laboratoire de biologie médicale privé de consentir des ristournes à un établissement de santé lorsqu'il réalise pour le laboratoire de cet établissement et dans le cadre d'un contrat ou d'une convention passé avec lui, des examens de biologie médicale. Cette possibilité avait été supprimée par l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale.

Cette disposition est d'application directe.

### **Art. 59: Observatoire de l'hospitalisation**

L'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale, issu de l'article 73 de la loi de financement pour 2007, qui a créé l'observatoire pour une période de cinq ans, prévoyait une évaluation du fonctionnement de ce dernier au plus tard à la fin de l'année 2011 en vue d'objectiver la nécessité ou non de perpétuer l'instance. Les résultats de l'évaluation justifiant la poursuite des missions de l'instance, une intervention par voie législative prenant en compte l'option retenue a donc été indispensable.

L'application du présent article s'est traduite par la pérennisation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée. L'instance est donc légitimée à poursuivre son activité de manière autonome et a vu ses missions s'enrichir afin de mieux répondre aux objectifs d'information au Gouvernement et au Parlement.

L'observatoire assure désormais un suivi plus fin des dépenses hospitalières, une analyse conjoncturelle de l'activité et un suivi financier des établissements de santé.

Cette disposition est d'application directe.

### **Art. 60: Deux taux pour la liste en sus**

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a instauré un mécanisme de régulation des dépenses de la liste en sus (spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux) reposant sur un suivi particulier par les ARS des établissements de santé. Un plan d'actions pour les établissements dont l'évolution des dépenses au titre des produits de santé de la liste en sus s'écarterait d'un taux d'évolution prévisionnel fixé par arrêté peut être mis en place dès lors que le dépassement n'est pas justifié au regard des référentiels et recommandations des agences sanitaires.

Le présent article a modifié ce dispositif en prévoyant la fixation de deux taux d'évolution prévisionnels afférents respectivement aux spécialités pharmaceutiques et aux dispositifs médicaux. L'existence d'un taux unique est en effet apparu comme masquant des évolutions spécifiques à chacune des deux catégories de produits ne répondant de ce fait qu'imparfaitement à l'objectif de régulation.

L'arrêté du 8 mars 2012 (JO du 17) pris pour l'application de cette disposition a fixé le taux d'évolution prévisionnel des dépenses de la liste en sus pour 2012 à 2 % pour les médicaments et à 1,5 % pour les dispositifs médicaux.

### **Art. 61: Fusion des rapports au Parlement sur l'hôpital**

Le rapport unique sera publié pour la première fois cet automne. Il permettra de présenter une synthèse cohérente des actions de politique de financement réalisées, en évitant les redondances qui existaient lors de la publication des 3 rapports existant auparavant. Il fournira notamment un bilan rétrospectif et présentera les évolutions à venir à court, moyen et long terme.

### **Art. 62: Délai de facturation à 1 an pour les hôpitaux**

L'article 62 fixe à 1 an le délai dont disposent les établissements de santé pour l'émission et la rectification des données de facturation à l'assurance maladie, à compter de la date de fin de séjour hospitalier ou, pour les consultations et actes externes, à compter de la date de réalisation de l'acte.

Ces dispositions sont d'application directe avec une entrée en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012. Les modalités pratiques de mise en œuvre de cette mesure ont été précisées dans une circulaire diffusée aux agences régionales de santé et aux établissements de santé le 28 juin 2012.

### **Art. 63: Passage des hôpitaux locaux à la T2A**

L'article reportait la mise en œuvre de la tarification à l'activité des ex hôpitaux locaux de 2012 à 2013. Ceux-ci restent donc financés sous dotation annuelle de financement en 2012.

La mesure était d'application directe.

### **Art. 65: Fonds d'intervention régional (FIR)**

Le Fonds d'intervention régional (FIR) est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mars. Il vise à permettre, via les ARS, une gestion plus transversale des politiques de santé et d'un décloisonnement entre les secteurs hospitaliers, ambulatoire, médico-social et de la prévention au niveau régional.

Le décret en Conseil d'État n° 2012-271 du 27 février 2012 (JO du 28), pris en application de cet article, dresse la liste des actions, structures et expérimentations pouvant être financées par le FIR.

Les crédits régionaux ont, sur cette base, été délégués par arrêté du 4 avril 2012 (JO du 8). Les premiers mois de l'année ont été couverts par des transferts opérés au prorata des anciennes enveloppes et par l'engagement de douzième provisoire ainsi que le permet le décret. Les ARS ont établi sur cette base les états prévisionnels de dépenses et de recettes 2012 qui retracent la contribution du FIR aux orientations stratégiques des projets régionaux de santé.

Le circuit comptable et financier a enfin été mis en place selon les modalités prévues par la circulaire n° SG/2012/145 du 9 mars 2012. Il a permis l'engagement des crédits afférents à la réalisation des missions du fonds.

### **Art. 66: Expérimentation pour les transports urgents**

Cet article prévoit la possibilité d'expérimentation sur les modalités d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents par les agences régionales de santé (ARS). La possibilité d'expérimentation est ouverte pour une période de 5 ans.

L'année 2012 a permis, dans le cadre de rencontres avec les ARS, de faire connaître le principe de l'expérimentation, informer sur le projet et les modalités envisagées et demander aux acteurs de préparer des projets.

Les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation sont en cours de construction et sont envisagées de la manière suivante : encadrement de l'expérimentation par un décret en conseil d'État, appel à projet organisé par instruction, auprès des ARS, sélection des projets et modalités particulières fixées par arrêté.

L'instruction précisant les modalités d'expérimentation sera diffusée à l'automne 2012 pour une première sélection des projets et une mise en œuvre en 2013.

### **Art. 67: Expérimentation pour l'amélioration de la performance des EHPAD**

Cet article prévoit qu'à compter de l'exercice 2012 et pour une période ne pouvant excéder trois ans, des expérimentations peuvent être menées sur les règles de tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins. Pour les besoins de ces expérimentations, il peut être introduit une majoration du financement des EHPAD expérimentateurs en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité, dont la liste est fixée par décret. Les modalités de mise en œuvre des expérimentations sont déterminées par un cahier des charges national approuvé par décret en Conseil d'État. Les expérimentations sont conduites par les agences régionales de santé dont la liste est fixée par un arrêté.

La préparation du projet de cahier des charges national et des groupes d'indicateurs à expérimenter a donné lieu à des travaux de mise au point par les administrations centrales (direction générale de la cohésion sociale, direction de la sécurité sociale, secrétariat général des ministères sociaux) en associant des agences régionales de santé pressenties pour participer aux expérimentations ainsi que les agences techniques concernées (agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux sociaux, la haute autorité de santé). Ces travaux ont été présentés et fait l'objet de discussions avec les organisations représentatives des acteurs du secteur lors de quatre réunions du comité de coordination et de pilotage des démarches d'utilisation des indicateurs dans les EHPAD – dit COPIL indicateurs piloté par la DGCS.

Le projet de cahier des charges national a fait l'objet le 12 avril 2012 d'un avis favorable de la section sociale du comité national d'organisation sanitaire et sociale. Le 10 mai 2012, le comité national des retraités et des personnes âgées a émis un avis défavorable au motif que la prise en compte de la qualité par la tarification a pour préalable l'augmentation des crédits d'assurance maladie consacrés au financement des EHPAD. Le groupe de travail doit encore convenir de la liste des indicateurs sur la base notamment des propositions des représentants du secteur qui ont été invités à formuler toute remarque et propositions dans un délai complémentaire.

L'expérimentation des indicateurs devrait être lancée de manière effective en 2013 en vue d'en vérifier la robustesse, la fiabilité, et la reproductibilité.

### **Art. 68: Fixer dans la loi la durée des conventions pluriannuelles EHPAD et USLD**

L'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF) dispose que les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longues durées accueillant un nombre de personnes âgées dépendantes supérieur à un seuil fixé par décret ne peuvent accueillir ces personnes que s'ils ont signé une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS). Afin de conforter la situation des établissements, la présente disposition a complété cet article afin de préciser qu'une convention n'ayant pu être renouvelée avant son arrivée à échéance en raison d'un refus de renouvellement par le président du conseil général ou le directeur général de l'ARS est réputée prorogée pour un délai d'un an maximum.

Cette disposition est d'application directe.

### **Art. 70: Expérimentations visant à améliorer les parcours de soins des personnes âgées**

Le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie de juin 2011, « Assurance maladie et perte d'autonomie » a souligné le manque de coordination et de fluidité du parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. En particulier, de nombreuses hospitalisations pourraient être évitées et leur durée raccourcie en intégrant les approches sanitaires, sociales et médico-sociales. C'est pourquoi l'article 70 prévoit de lancer des expérimentations sur deux aspects du parcours de soins des personnes âgées : la prévention de l'hospitalisation et la gestion de la sortie d'hôpital. Ces expérimentations, prévues pour une durée de cinq ans, permettent d'apporter des financements dérogatoires au paiement à l'acte chez les professionnels libéraux et à la tarification à l'activité à l'hôpital.

Le cahier des charges de ces expérimentations a fait l'objet d'un arrêté en cours de publication. Il fonde la sélection des projets retenus.

Le financement de ces expérimentations représente un million d'euros par an pour onze projets dans sept régions (Bourgogne, Bretagne, Ile-de-France, Limousin, Lorraine, Pays-de-la-Loire, PACA).

### **Art. 71: Rapport sur les charges fiscales et sociales résultant des différentes obligations législatives pour EHPAD et SSIAD**

Le gouvernement a confié la production de ce rapport à une mission conjointe de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances. Il est en cours d'élaboration.

### **Art. 72: Taux plan d'aide à l'investissement**

L'article 72 reconduit pour 2012, le dispositif de financement de l'investissement du secteur médico-social par apport direct d'une fraction de la cotisation solidarité autonomie (CSA) affectée à la section I du budget de la CNSA. Ainsi, pour 2012, la part de CSA devant financer les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées est ramenée à 39 % au lieu des 40 % initialement prévus par la loi et à 13 % pour les personnes handicapées en lieu et place des 14 % également prévus par la loi. Au total, le taux d'affectation de CSA de la section I à la section V pour le financement des plans d'aide à l'investissement est porté à 2 %, soit 1 % pour chacun des deux champs (personnes âgées et personnes handicapées). Le budget 2012 de la CNSA acte cette affectation de recettes de CSA à l'investissement.

Enfin, l'article 72 impute la charge de la dotation versée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour la réalisation d'études sur les coûts des établissements et services pour personnes âgées et handicapées relevant de l'OGD sur ce dernier.

Ces dispositions sont d'application directe.

### **Art. 73: Financement des évaluations des EHPAD**

Les établissements médico-sociaux soumis à autorisation ont l'obligation de faire procéder à une évaluation de leurs activités et de la qualité de leurs prestations par un organisme extérieur au plus tard sept ans après la délivrance de l'autorisation et, également au plus tard, deux ans avant le renouvellement de cette autorisation. Cet article 73 a inséré au CASF un article L. 312-8-2 relatif au financement de ces évaluations en précisant que les amortissements de ces évaluations sont répartis entre les différents financeurs selon des modalités fixées par décret. Cette disposition qui ne concerne donc que les établissements bénéficiant de plusieurs financeurs s'applique concrètement aux foyers d'accueil médicalisés (FAM) ainsi qu'aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Le décret d'application est actuellement en cours de concertation, pour une publication avant la fin de l'année 2012.

#### **Art. 74: Réforme de l'économie officinale**

Cet article a pour objet :

**1/** d'élargir le champ de la convention pharmaceutique conclue entre l'assurance maladie et les syndicats de pharmaciens afin de lui permettre de prévoir une rémunération déconnectée du prix des produits vendus.

Cette rémunération est constituée :

- pour partie d'une rémunération de l'acte de dispensation ;
- pour partie d'une rémunération à la performance sur la base d'objectifs de santé publique (accompagnement des patients chroniques par exemple) et d'efficacité des dépenses (taux de substitution génériques).

Ces nouvelles modalités de rémunération ont effectivement été prévues dans le cadre de la convention pharmaceutique conclue et signée par les parties signataires le 4 avril 2012.

**2/** de permettre aux pharmaciens d'officine de conclure avec l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) et d'autres professionnels de santé des accords conventionnels interprofessionnels. Cette disposition permet aux pharmaciens et aux médecins de passer un accord sur la substitution générique ou encore sur l'accompagnement des patients chroniques.

**3/** d'accompagner et maîtriser la recomposition du réseau officinal en ouvrant la possibilité à la convention pharmaceutique de déterminer des objectifs négociés de recomposition du réseau.

La convention pharmaceutique prévoit effectivement un avenant, conclu au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2013, définissant la méthodologie d'optimisation du réseau et des objectifs quantifiés.

**4/** de durcir le quota pour implanter une deuxième pharmacie en le faisant passer de 3 500 habitants à 4 500 habitants ; de protéger économiquement les pharmacies regroupées par la limitation pendant 12 ans (au lieu de 5 ans actuellement) de toute implantation de pharmacie dans la commune du regroupement afin de renforcer l'attractivité de ce dispositif ; de prévoir un dispositif d'indemnisation par d'autres pharmaciens, après avis de l'ARS, de la cessation d'activité d'une pharmacie.

Ces différentes mesures ne nécessitent pas la prise de dispositions réglementaires.

#### **Art. 75: Réforme de la tarification des séjours hospitaliers des patients étrangers non assurés sociaux**

Cet article a complété les dispositions du code de la sécurité sociale relatives à la tarification des séjours hospitaliers des patients étrangers non assurés sociaux. Ces nouvelles dispositions permettent aux établissements de santé qui le souhaitent de déroger aux règles de facturation existantes pour la prise en charge en soins programmés des patients étrangers en situation régulière, ne relevant pas d'un régime de sécurité sociale obligatoire français ou d'un régime de sécurité sociale coordonné avec les régimes français (dans le cadre de l'Union européenne, l'Espace économique européen ou des conventions bilatérales de sécurité sociale signées par la France).

L'objectif est d'ouvrir la possibilité aux établissements de santé volontaires de développer et de valoriser une offre de soins programmés à destination des patients étrangers fortunés qui souhaitent bénéficier en France d'une intervention dans un établissement dont l'attractivité est reconnue.

L'article de loi renvoie à un décret d'application pour préciser les modalités de mise en œuvre de cette mesure. Ce décret d'application est en cours d'élaboration.

**Art. 76: Prolongation de 2 ans de l'expérimentation relative au contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires**

Cet article prolonge de deux ans la durée de l'expérimentation du contrôle administratif et médical des arrêts maladie des fonctionnaires (d'État, hospitaliers et territoriaux) par les caisses primaires d'assurance maladie fixée initialement jusqu'au 26 mars 2012, du fait du démarrage tardif de celle-ci, compte tenu des délais de mise en place des outils techniques et de la formation des sites expérimentateurs.

Le décret autorisant, en conséquence, le prolongement de l'autorisation des traitements de données à caractère personnel après avis de la CNIL (décret du 17 septembre 2010) vient d'être examiné par le Conseil d'État et devrait paraître prochainement.

**Art. 77: Garantie de la prise en charge à 100 % des dépenses d'assurance maladie des affiliés et ayants droit du régime minier**

Les dispositifs de participation forfaitaire de 1 € et de franchises médicales ainsi que le ticket modérateur n'ont jamais été mis en œuvre dans le régime minier pour des raisons qui tiennent essentiellement aux modalités de prise en charge des affiliés de ce régime dans les structures de soins minières (absence d'avance de frais), ces deux dispositifs étant applicables à tous les régimes d'assurance maladie en application de l'article L. 711-7 du code de la sécurité sociale.

Il a été décidé d'inscrire dans la loi le principe de la prise en charge à 100 % des dépenses de santé des affiliés du régime, afin de les préserver de toute mesure de déremboursement.

D'application directe, cette mesure est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

**Art. 78: Suppression du droit à l'assurance maladie pour les bénéficiaires d'un versement forfaitaire unique**

Le droit aux prestations en nature d'assurance maladie qui était ouvert jusqu'ici à tout titulaire d'une pension de vieillesse, a été supprimé par cet article dans le cas particulier des pensions de faible montant faisant l'objet d'un versement forfaitaire unique (montant annuel de pension inférieur à 154,09 euros).

La suppression de ce droit aux articles L. 161-5 et L. 311-9 du code de la sécurité sociale, liée à l'absence de véritable contribution des titulaires de telles pensions au régime d'assurance maladie pendant leur période d'activité, ne remet pas en cause leur droit aux remboursements, qui leur restera généralement ouvert sur d'autres fondements (prise en charge au titre d'un autre régime d'assurance vieillesse obligatoire français ou étranger lorsque ce dernier est coordonné; prise en charge au titre de la couverture maladie universelle pour les personnes qui résident en France).

La mise en œuvre de cet article a requis l'adoption d'un décret en Conseil d'État afin de tirer les conséquences de cette modification législative pour la partie réglementaire du code de la sécurité sociale (décret n° 2012-560 du 24 avril 2012 - JO du 26 -).

**Art. 79: Suspension de la pension d'invalidité du régime général en cas de perception de la retraite pour pénibilité au titre du régime des exploitants agricoles**

La loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a ouvert un droit à retraite à taux plein dès l'âge de 60 ans au titre de la pénibilité. Cette législation nouvelle concerne les salariés du régime général, les salariés du régime agricole et les travailleurs non-salariés des professions agricoles.

Par ailleurs, la pension d'invalidité versée aux assurés du régime général prend fin à l'âge légal du départ en retraite. Son versement est toutefois suspendu dans les différents cas de liquidation

d'une retraite anticipée. En conséquence, la loi portant réforme des retraites avait modifié l'article L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale afin d'ajouter aux cas de suspension auparavant prévus (carrières longues, travailleurs handicapés) celui de la liquidation d'une retraite à raison de la pénibilité. Les dispositions ainsi adoptées permettaient de mettre fin au versement de la pension d'invalidité servie par le régime général en cas de perception d'une retraite anticipée pour pénibilité servie par ce régime. Elles s'appliquaient également au cas de la perception d'une retraite anticipée pour pénibilité servie par le régime des salariés agricoles, par jeu de renvoi, sur ce point, entre le code de la sécurité sociale et le code rural.

En revanche, le cas de l'assuré bénéficiaire à la fois d'une pension d'invalidité du régime général et d'une retraite anticipée pour pénibilité au titre du régime des non-salariés agricoles n'avait pas été prévu. C'est pourquoi cet article 79 a complété l'article L. 341-14-1 précité afin de permettre la suspension de la pension d'invalidité versée par le régime général en cas de liquidation d'une retraite anticipée pour pénibilité servie par le régime des non-salariés agricoles.

Cette mesure est d'application directe.

#### **Art. 80: Financement de l'ATIH par le FMESPP**

Cet article a permis simultanément de continuer à financer l'ATIH par le FMESPP et de ne plus limiter l'octroi de ces crédits aux missions de conception des modalités de financement. Cet élargissement de dotation à d'autres missions ponctuelles d'expertise qui lui seraient confiées par l'administration permet désormais de financer le projet FIDES, qui concerne exclusivement les modalités de facturation.

Cette mesure est d'application directe.

#### **Art. 81: Fixation des dotations FIQCS, FMESPP, ONIAM, contribution AM et CNSA aux ARS, EPRUS**

##### Dotation FIQCS:

La dotation de l'assurance maladie au FIQCS couvre le financement des dispositifs de coordination des soins, des réseaux de santé, des aides à l'installation des professionnels de santé et du déploiement du DMP. Pour 2012, elle a été fixée à 250 M€. Toutefois, 75 % de cette enveloppe a été réallouée en 2012 au fonds d'intervention régional (FIR). Le montant alloué à l'enveloppe nationale du FIQCS a été fixé en 2012 à 63 M€.

##### Dotation FMESPP:

Le montant de la dotation FMESPP, pour l'année 2012, est fixé à 285,87 M€.

Les crédits du FMESPP sont délégués aux agences régionales de santé par circulaires ou notifications individuelles au cours de l'année 2012, sur la base des travaux de répartition régionale propre à chaque type de mesures, à l'exception de ceux finançant la conduite de missions nationales, qui sont versés par arrêté ministériel (ATIH).

L'arrêté du 20 février 2012 (JO du 3 mars) a fixé la répartition des dotations 2011 et 2012 entre les différents régimes d'assurance maladie.

Ce montant comprend la dotation du FMESPP au fonds d'intervention régional (FIR) des agences régionales de santé pour un montant de 104,35 M€, fixé par l'arrêté du 4 avril 2012.

##### Dotation ONIAM:

La dotation de l'assurance maladie à l'ONIAM couvre les dépenses relatives à l'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes, des infections nosocomiales et des victimes

de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine causée par une transfusion de produits sanguins ou une injection de produits dérivés du sang réalisée sur le territoire de la République française. Pour 2012, elle a été fixée par le III de l'article 81 à 55 M€.

#### Dotation ARS :

L'article 118 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a introduit un article L. 1432-6 nouveau au code de la santé publique, qui dispose que les contributions des régimes d'assurance maladie aux agences régionales de santé sont déterminées annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale.

Le IV de cet article a fixé à 160 M€ le montant de cette participation pour l'exercice 2012. Les Conseils d'administration des caisses nationales sont saisis pour avis du projet d'arrêté de répartition de cette contribution entre les régimes obligatoires de base d'assurance maladie.

#### Dotation CNSA aux ARS :

La CNSA contribue au budget des ARS pour les actions de celles-ci concernant les établissements et services médico-sociaux ou les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées. Le montant des crédits à déléguer aux ARS à ce titre a été fixé pour 2012 à 64,55 M€, qui sont répartis entre actions par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées.

L'arrêté du 20 janvier 2012 (JO du 17) prévoit le financement des dépenses de fonctionnement des groupes d'entraides mutuelles (GEM) et celles des maisons pour l'accueil et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), ainsi que des dépenses de formations définies au IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Les GEM sont des structures de prévention et de compensation de la restriction de la participation à la vie en société. Le montant financé, 27 M€, est inchangé par rapport à 2011.

Les MAIA ont pour objectif d'améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge des malades d'Alzheimer. Le montant financé passe de 11,95 M€ en 2011 à 27,5 M€ en 2012, soit une progression de 15,55 M€. Ce financement comprend la pérennisation des 15 MAIAI expérimentales validées, le financement année pleine des 35 MAIA créées en 2011 et la création de 100 nouvelles MAIA en 2012 en fraction d'année.

Les formations prévues au IV de l'article L. 14-10-5 CASF concernent notamment celles des aidants familiaux et accueillant familiaux et le renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. Le montant financé reste sensiblement égal à celui de l'année dernière (9,58 M€ contre 9,8 M€ en 2011).

Enfin, l'arrêté du 20 janvier 2012 prévoit également 0,25 M€ pour la formation à l'utilisation des logiciels Aggir et Pathos.

#### Dotation EPRUS :

La dotation de l'assurance maladie (20 millions en 2012) couvre les dépenses relatives à l'achat et à la gestion des produits de santé nécessaires à la gestion des menaces sanitaires graves en application des dispositions de l'article L. 3135-1 du code de la santé publique.

Conformément à l'article L. 3135-4 de ce même code, ces dépenses sont financées à parité par l'État et l'Assurance maladie et l'assiette pour établir le plafond de contribution de l'assurance maladie est établie sur trois ans.



### **Art. 82: Sécurisation du taux de ticket modérateur**

L'article 82 précise que le Gouvernement est habilité, sous certaines conditions, à fixer lui-même les taux de ticket modérateur applicables, en l'absence d'une décision expresse de l'UNCAM fixant les taux de la participation des assurés et renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de fixer ces conditions.

Le décret du 13 janvier 2012 pris en application de cet article définit cette procédure : si, dans un délai de deux mois à compter de la parution d'un décret fixant des limites de taux, l'UNCAM n'a pas pris de décision, le taux est alors fixé par arrêté du ministre en charge de la sécurité sociale à l'intérieur de ces limites.

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

### **Art. 85: Amélioration des droits à retraite des sportifs amateurs de haut niveau**

L'article 85 de la LFSS pour 2012 crée un dispositif d'ouverture de droits à la retraite, sous condition de ressources, pour les sportifs de haut niveau amateurs. Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, les périodes d'inscription sur la liste des sportifs de haut niveau sont assimilées à des périodes d'assurance au régime général d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de façon subsidiaire à l'acquisition de trimestres liée à l'activité professionnelle et dans la limite de seize trimestres par bénéficiaire. L'État compensera le coût, pour le régime général de la validation gratuite de ces trimestres, estimé entre 6 M€ et 9 M€ par an.

Le décret en Conseil d'État et le décret simple d'application de cette mesure sont en cours de finalisation. Leur publication tardive ne compromet toutefois pas l'entrée en vigueur du dispositif dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 : la validation de trimestres au titre d'une année intervient en effet l'année civile suivante, soit à compter de 2013.

### **Art. 86: Exclusion des bonifications « métier » de la durée d'assurance prise en compte pour le calcul de la surcote**

Cet article a pour objet, dans le prolongement de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, de rendre effective l'exclusion des périodes non cotisées du calcul du nombre de trimestres au-delà duquel le droit à la « surcote » est ouvert, dans une logique d'équité entre régimes (certains régimes accordant à leurs bénéficiaires des bonifications qui ont pour effet de majorer la durée d'assurance des intéressés et, ainsi, de leur permettre de surcoter plus rapidement).

Le décret d'application de cette mesure, qui s'appliquera à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, est en cours d'adoption.

### **Art. 87: Rachat des périodes de formation à la vie religieuse au régime des cultes**

Cet article a institué au profit des assurés relevant ou ayant relevé du régime des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses (CAVIMAC) un dispositif de validation à titre onéreux des périodes de formation à la vie religieuse, antérieures à l'affiliation au régime, sur le modèle du dispositif de rachat des années d'études existant dans le régime général et les régimes alignés sur lui. Cette mesure visait ainsi à clarifier les modalités de prise en compte dans les droits à retraite des années de formation à la vie religieuse (séminaire par exemple) qui avaient fait l'objet de contentieux.

Elle n'appelle pas de mesure d'application, les modalités de ce rachat étant identiques à celles du rachat des années d'études du régime général.

### **Art. 88: Dispositions permettant l'accélération de la réforme des retraites**

Cette mesure a accéléré le calendrier (initialement prévu par la loi portant réforme des retraites du 9 novembre 2010) de relèvement des bornes d'âge d'ouverture des droits à la retraite et d'âge d'annulation de la décote, dit « âge du taux plein ». Ainsi, l'âge d'ouverture des droits à la retraite est porté à 62 ans pour la génération 1955 (et l'âge du « taux plein » à 67 ans pour la même génération), alors que la loi de 2010 prévoyait que cet âge soit atteint pour la génération 1956.

Pour ce faire, les paliers de montée en charge de la réforme passent de 4 mois prévus initialement à 5 mois par génération. Le tableau suivant synthétise la mesure : seuls les assurés nés entre 1952 et 1955 sont concernés.

Assurés nés en	Age légal prévu par la réforme de 2010	Article 88 LFSS 2012	Différence
1951 – 1 <sup>er</sup> semestre	60 ans	-	-
1951- 2 <sup>nd</sup> semestre	60 ans et 4 mois	60 ans et 4 mois	-
1952	60 ans et 8 mois	60 ans et 9 mois	+ 1 mois
1953	61 ans	61 ans et 2 mois	+ 2 mois
1954	61 ans et 4 mois	61 ans et 7 mois	+ 3 mois
1955	61 ans et 8 mois	62 ans	+ 4 mois
1956	62 ans	62 ans	-
1957	62 ans	62 ans	-

La mesure a donné lieu au décret n° 2011-2034 du 29 décembre 2011 relatif à l'âge d'ouverture du droit à pension de retraite (JO du 30).

### **Art. 89: Suppression de la condition d'âge pour les exploitants agricoles bénéficiant de l'AVV**

L'assurance volontaire vieillesse (AVV) est un dispositif qui permet aux personnes qui ne remplissent pas la condition d'affiliation à un régime légal d'assurance vieillesse, et qui compte tenu de leur âge ne remplissent pas la condition pour bénéficier d'une prestation servie par un de ces régimes, d'acquiescer des droits à retraite. Le régime des personnes non salariées des professions agricoles était le seul dans lequel restait maintenue une condition d'âge maximal (60 ans) pour l'adhésion à l'assurance volontaire vieillesse. Dans le régime général, aucune condition d'âge n'est prévue.

L'article 89 a modifié l'article L. 722-17 du code rural et de la pêche maritime afin de permettre aux personnes non salariées agricoles, remplissant les conditions d'admission au dispositif, de cotiser à l'assurance volontaire vieillesse jusqu'à ce qu'elles réunissent la durée exigée pour bénéficier de la retraite à taux plein.

Cette mesure est d'application directe.

### **Art. 90: Assouplissement du cumul emploi-retraite pour les conjoints et aides familiaux en agriculture**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole peut, sous certaines conditions, percevoir sa pension de retraite agricole et poursuivre ou reprendre une activité non salariée agricole. Dans le but de libérer des terres au profit de jeunes qui veulent s'installer, cet assouplissement au principe de non cumul emploi retraite n'est accessible qu'aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole qui exercent une activité assujettie par rapport au temps de travail ou par rapport à un coefficient d'équivalence pour les productions hors sol.

Avant la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, aucun assouplissement, quel qu'il soit, n'était prévu pour les personnes non salariées agricoles souhaitant reprendre ou poursuivre leur activité en qualité de collaborateur d'exploitation ou d'aide familial, lesquelles devaient en conséquence cesser leur activité pour pouvoir percevoir leur retraite. Cette différence de traitement n'apparaissant pas justifiée, l'article 90 de la loi a autorisé un aide familial ou un collaborateur d'exploitation à poursuivre son activité agricole tout en percevant sa pension de retraite.

Cette mesure est d'application directe. Elle a été précisée par la circulaire n° 2012-013 de la CCMSA, en date du 29 juin 2012, validée par le ministère de l'agriculture par lettre du 12 juin 2012.

#### **Art. 91 : Majoration de la retraite de base des exploitants agricoles bénéficiant d'un départ anticipé pour pénibilité**

Les articles L. 732-54-1 à L. 732-54-4 du code rural et de la pêche maritime ont instauré, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, un dispositif de majoration des retraites personnelles de base servies par le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées agricoles. Pour les personnes prenant leur retraite à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002, le droit au bénéfice de cette majoration est ouvert aux personnes remplissant notamment la condition de durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes requise pour bénéficier d'une retraite à taux plein ou qui relèvent de certaines catégories d'assurés bénéficiant du taux plein sans avoir à justifier de cette durée (personnes reconnues inaptes, travailleurs handicapés, anciens déportés ou prisonniers de guerre...).

Le présent article a modifié l'article L. 732-54-1 du code rural et de la pêche maritime afin d'inclure dans ces catégories d'assurés, les personnes bénéficiant d'un départ en retraite anticipée pour cause de pénibilité et leur permettre ainsi de bénéficier, le cas échéant, de la majoration de retraite non salariée agricole.

Cette mesure est d'application directe.

#### **Art. 92 : Suppression du minimum de réversion en cas de versement du forfait unique**

Cette mesure vise à éviter que les conjoints survivants ne perçoivent une retraite dérivée d'un montant plus important que le droit propre de l'assuré décédé. Ainsi, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2012, quand l'assuré décédé bénéficiait ou aurait bénéficié d'une pension de retraite inférieure à 150 € par an, servie en une fois sous forme de capital appelé « versement forfaitaire unique », le minimum de réversion, égal à 280 € par mois au 1<sup>er</sup> avril 2012, ne s'applique pas au conjoint survivant.

Cette mesure est d'application directe.

#### **Art. 93 : Extension du bénéfice de la retraite anticipée aux travailleurs handicapés du RSI**

La loi portant réforme des retraites de 2010 a élargi le dispositif de retraite anticipée des travailleurs handicapés, laquelle permet aux assurés de liquider leur pension de retraite à taux plein dès 55 ans, sous conditions de durées d'assurance validées et cotisées. Les assurés bénéficiant de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé peuvent désormais, à l'instar des assurés justifiant d'un taux d'incapacité permanente de 80 %, bénéficier de ce dispositif. Le présent article a étendu ce dispositif aux assurés du régime social des indépendants.

La mise en œuvre de cette mesure ne nécessite pas de texte d'application. Un projet de décret, actuellement en cours de signature, étend par ailleurs cette mesure aux assurés des régimes de retraite des artisans et commerçants avant 1973.

**Art. 94: Renforcement pour l'ensemble des étrangers non communautaires de la condition de résidence préalable à l'octroi de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)**

L'article 94 a modifié une des conditions d'attribution de l'ASPA: un assuré de nationalité étrangère, non ressortissant de l'Union européenne, doit dorénavant pour bénéficier de cette allocation être titulaire depuis au moins dix ans d'un titre de séjour autorisant à travailler. Cette condition n'est toutefois pas applicable aux réfugiés, aux apatrides, aux bénéficiaires de la protection subsidiaire et aux anciens combattants. Jusqu'alors, cette condition de détention d'un titre de séjour autorisant à travailler était de cinq ans. Les engagements internationaux de la France avec un certain nombre d'États limitent toutefois la portée de cette disposition.

Cette mesure est d'application directe.

**Section III - Dispositions relatives aux dépenses d'accidents de travail et de maladies professionnelles**

**Art. 96: Fixation du transfert à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT**

Cet article fixe, pour 2012, le montant de ce versement à 790 M€.

Cette disposition est d'application directe.

**Art. 97: Fixation des dotations FIVA et FCAATA**

Cet article fixe, pour 2012, à 890 M€ le montant de la dotation au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et 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).

Ces dispositions sont d'application directe.

**Art. 98: Fixation du transfert à la branche vieillesse au titre des dépenses liées aux départs en retraite pour pénibilité**

Cet article fixe, pour 2012, le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général aux dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à raison de la pénibilité à 110 M€.

Cette disposition est d'application directe.

**Art. 99: Alignement des conditions d'attribution des rentes d'ayant droit pour tous les types d'unions (mariage, PACS, union libre)**

Cet article complète les modifications apportées par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 qui avait partiellement étendu le bénéfice des rentes d'ayant-droit au partenaire pacsé ainsi qu'au concubin de la victime décédée. Sont désormais harmonisées les conditions d'attribution et de retrait des rentes d'ayant-droit prévues au bénéfice des conjoints, partenaires pacsés ou concubins de victimes décédées d'un accident ou d'une maladie d'origine professionnelle.

Cette disposition est d'application directe. Toutefois, un décret en Conseil d'État procédera prochainement au toilettage des textes afin d'étendre au partenaire pacsé et au concubin les dispositions réglementaires applicables au conjoint.

#### **Art. 100: Meilleure coordination des dispositifs d'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA)**

Les dispositifs d'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) des ministères de la défense et de l'écologie ainsi que de l'ENIM (établissement national des invalides de la marine) prennent en compte, pour déterminer le droit à l'ACAATA de leurs ressortissants, non seulement les périodes d'exposition au sein de leur régime mais également les périodes d'exposition ouvrant l'accès au dispositif d'ACAATA du régime général ou des salariés agricoles.

Cet article vise à établir la réciprocité afin que le dispositif d'ACAATA du régime général prenne en compte les périodes d'exposition ouvrant l'accès aux dispositifs d'ACAATA des ministères de la défense et de l'écologie, ainsi que de l'ENIM.

Cette disposition est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2012 sans qu'il y ait besoin de dispositions réglementaires d'application. Toutefois, un décret procédera prochainement au toilettage du décret n° 99-247 du 29 mars 1999 relatif à l'ACAATA fixant notamment les périodes à prendre en compte dans le calcul de l'ACAATA.

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

---

#### **Art. 102: Amélioration des aides à la garde de jeunes enfants**

La mesure concerne les deux types de complément de mode de garde (CMG) existants (emploi direct d'un assistant maternel ou d'une garde à domicile et appel à une entreprise ou association habilitée – dit CMG structure) et dispose :

- l'augmentation de 40 % du barème de ressources applicable aux CMG pour les familles monoparentales ;
- l'augmentation de 30 % du montant des CMG versé aux parents handicapés ;
- une simplification des démarches des parents en prévoyant expressément la dispense de demande de CMG au titre d'un nouvel enfant lorsqu'un CMG est déjà perçu pour un autre enfant.

La mesure a donné lieu au décret n° 2012-666 du 4 mai 2012 (JO du 6).

#### **Art. 103: Réforme de l'allocation de soutien familial (ASF) différentielle**

Lorsque la pension alimentaire est partiellement payée, la CAF ou la CMSA verse en application de cet article une allocation différentielle dont le montant permet d'atteindre le niveau de l'allocation de soutien familial complète, même si le montant de la pension alimentaire fixée par le juge est inférieur au montant de l'ASF complète.

Cette disposition est d'application directe.

#### **Art. 104: Décalage au 1<sup>er</sup> avril de la revalorisation des prestations familiales**

L'article 104 comporte plusieurs mesures concernant la revalorisation de la BMAF et des plafonds de ressources de certaines prestations familiales :

- décalage au 1<sup>er</sup> avril de la date d'effet de la revalorisation de la BMAF ;
- sous-indexation de la revalorisation pour 2012 de la BMAF et des plafonds de ressources des prestations servies en métropole, dans les DOM et à Mayotte par la fixation du taux de revalorisation à 1 %.

Deux circulaires ministérielles en date du 23 décembre 2011 ont revalorisé les montants des plafonds de ressources des prestations familiales et deux circulaires ministérielles en date du 29 mars 2012 ont fixé les nouveaux montants des prestations familiales en métropole et dans les départements d'outre-mer.

#### **Art. 105: Extension du bénéfice du PAH et du PALA aux DOM**

Le prêt à l'amélioration du lieu d'accueil de l'enfant (PALA) a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 qui a modifié l'article L. 542-9 du code de la sécurité sociale dont le champ d'application est circonscrit au territoire métropolitain. Il s'agit d'un prêt destiné aux assistants maternels agréés, qu'ils exercent à leur domicile ou au sein d'une maison d'assistants maternels (MAM). Ce prêt à taux zéro leur permet de financer 80 % des travaux visant à améliorer l'accueil, la santé ou la sécurité des enfants.

Afin d'aligner les départements d'outre-mer sur le droit commun applicable en métropole en matière de prêts à l'amélioration de l'habitat (PAH) et de prêt à l'amélioration du lieu d'accueil des assistants maternels, l'article 105 étend à ces départements le bénéfice des dispositions prévues à l'article L. 542-9 du code de la sécurité sociale.

Cette mesure est d'application directe.

### **Section V - Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires**

#### **Art. 107: Fixation du montant du transfert en direction du régime général et des régimes alignés au titre du financement du minimum contributif**

Conformément au 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, cet article fixe le montant de la prise en charge par le fonds solidarité vieillesse de la partie de la majoration mentionnée à l'article L. 351-10 du même code, appelée « minimum contributif », pour le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

Cette mesure est d'application directe.

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

---

### **Art. 109: Mutualisation des systèmes d'information dans les missions des organismes de protection sociale**

Les dispositions de cet article ont à ce stade été mises en œuvre dans le cadre du projet « Échanges européens de sécurité sociale », la CNAV et le CLEISS ayant conclu une convention en avril 2012.

Cette convention prévoit l'intervention de la CNAV pour la réalisation, le déploiement, l'exploitation, ainsi que la mise à jour et la maintenance du point d'accès national pour l'ensemble des branches de la sécurité sociale, ainsi que le remboursement par le CLEISS des dépenses engagées par la CNAV pour la réalisation dudit point d'accès. Ce projet a fait l'objet d'un investissement initial de 2 millions d'euros. Les coûts de fonctionnement s'élèvent à 1 million d'euros par an.

### **Art. 110: Renforcement de la prospective et de la performance (convention cadre avec les organismes de sécurité sociale + création d'un fonds dédié)**

La convention cadre de performance du service public de la sécurité sociale a d'ores et déjà fait l'objet de plusieurs séances de travail entre les services de l'État et les organismes de sécurité sociale concernés qui ont officiellement été invités à faire part de leurs propositions en la matière. Ces travaux ont permis la formalisation d'un premier projet de texte qui servira de base à la négociation de la convention à l'automne.

Le décret d'application fixant officiellement la liste des régimes spéciaux parties à la convention, le décret fixant les modalités de gestion du fonds de prospective et de performance du service public de la sécurité sociale, et l'arrêté annuel fixant les conditions dans lesquelles les dépenses de ce fonds sont imputées sur les dépenses de gestion des organismes y concourant sont en cours de finalisation.

### **Art. 112: Élargissement du rôle de centrale d'achats de l'UCANSS**

L'article 101 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a modifié l'article L. 224-5 du code de la sécurité sociale afin d'introduire la possibilité pour l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) d'assurer la fonction de centrale d'achat au sens du code des marchés publics, pour le compte de tous les organismes du régime général.

Le présent article a étendu le rôle de la centrale d'achats de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale, initialement limité au régime général, aux organismes des autres régimes.

D'application immédiate, cette mesure est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Cette mesure a permis à des organismes du régime social des indépendants, du régime agricole et à certains régimes spéciaux de bénéficier de la centrale d'achat de l'UCANSS en 2012. Ainsi, un marché inter-régimes a été notifié en 2012 pour la réalisation de bilans carbone, permettant notamment aux organismes concernés par le décret n° 2011-829 du 11 juillet 2011 de répondre à l'obligation de réaliser un bilan des gaz à effet de serre générés par leurs activités avant fin 2012 tout en bénéficiant de tarifs préférentiels pouvant être jusqu'à 20 % inférieurs au prix du marché. D'autres marchés concernent l'achat de formation (30 à 50 % de remises), l'achat de prestations Diagnostic handicap, l'achat de prestations de services bancaires dans le cadre de l'utilisation de la carte achat par les organismes. Les organismes peuvent également profiter de la convention signée entre la centrale d'achat et l'UGAP accordant des tarifs « partenaires » accordant un niveau de remise supplémentaire de 3 à 4 %.

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

---

### **Art. 114: Harmonisation des dispositions relatives aux pénalités financières prononcées par les organismes de sécurité sociale**

Cette mesure a harmonisé, pour des raisons de simplification et d'économie de gestion, les dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux pénalités financières que peuvent prononcer les organismes de sécurité sociale qui comportaient des différences selon qu'elles relevaient des caisses d'assurance maladie (Art. L162-1-14, L162-1-14-1 et L. 162-1-14-2 du CSS) ou des caisses d'allocations familiales et d'assurance vieillesse (Art. L. 114-17 du CSS) et celles concernant les indus.

Un décret en Conseil d'État, pris notamment en application de cet article, en cours de publication, complète ces mesures d'harmonisation.

### **Art. 115: Précision de la condition d'isolement**

Cet article précise, en modifiant l'article L262-9 du code de l'action sociale et des familles, la condition d'isolement attachée à la définition de la prestation de revenu de solidarité active (RSA) servie par les CAF.

Cette disposition est d'application directe.

### **Art. 116: Exclusion de la procédure de surendettement civil des dettes frauduleuses préjudiciables aux organismes de sécurité sociale**

Cet article complète l'article L. 333-1 du code de la consommation, ce qui permet d'exclure d'office les dettes ayant pour origine des manœuvres frauduleuses commises au préjudice des organismes de protection sociale d'une mesure de remise, de rééchelonnement ou d'effacement de la dette. Auparavant, les commissions de surendettement ne pouvaient exclure de la procédure de surendettement les indus d'origine frauduleuse commise au préjudice des organismes de sécurité sociale, sauf à admettre la mauvaise foi du débiteur.

La qualification de « dettes frauduleuses » doit cependant résulter soit d'une décision de justice, soit d'une sanction prononcée par un organisme de sécurité sociale au titre des dispositifs de pénalités financières. L'organisme de sécurité sociale garde toutefois la possibilité de renoncer à sa créance.

Cet article est d'application directe.

### **Art. 117: Mise en œuvre des échanges de données relatives au montant des prestations en espèce avant la fin 2012 (RNCPS)**

Le dispositif de gestion des échanges est une plate-forme sécurisée du RNCPS. Elle est en cours de réalisation et sera opérationnelle pour la fin de l'année 2012. Des échanges mis en œuvre entre la CNAMTS et la CNAVTS permettront, d'automatiser les transferts des fichiers des assurés bénéficiant d'une pension invalidité servie par la CNAMTS et qui ont atteint l'âge légal de la retraite.

Les informations transmises par la CNAMTS concernent les éléments d'identification de chacun des bénéficiaires, celles du conjoint, le cas échéant, l'adresse postale du bénéficiaire ainsi que les informations relatives à la pension d'invalidité (date d'effet, catégorie de la pension, son montant et les éventuelles dates de suspensions de leur versement). Dans un flux retour, la CNAVTS transmet à la CNAMTS la liste des bénéficiaires dont la liquidation des droits à la retraite est effective afin que cette dernière mette fin au versement de la pension d'invalidité.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure réglementaire d'application.



### **Art. 118: Réexamen du droit aux prestations en cas d'obtention frauduleuse d'un NIR**

Cet article introduit un nouvel article dans le code de la sécurité sociale (article L. 114-12-3), qui vise à clarifier les conséquences de l'obtention frauduleuse d'un NIR - plus communément appelée numéro de sécurité sociale - à l'aide de fausses déclarations ou de faux documents.

Dès lors qu'un organisme de sécurité sociale met en évidence l'existence de fausses déclarations ou de faux documents ayant permis de justifier d'une identité fictive ou usurpée pour l'obtention d'un NIR, le versement des prestations est désormais suspendu dans l'ensemble des organismes de sécurité sociale et chaque organisme est tenu de procéder au réexamen des droits du bénéficiaire.

Sauf en cas d'usurpation d'un NIR préexistant, le NIR est par ailleurs annulé.

Cet article est d'application directe. Les modalités d'information entre organismes et de gestion du NIR en cas d'annulation dans le système national de gestion des identifications (SNGI) restent encore à automatiser dans le cadre de la poursuite des travaux en cours sur la sécurisation et l'adaptation des processus d'immatriculation.

### **Art. 119: Extension du périmètre d'application du dispositif de suspension du versement des prestations**

Cet article complète l'article L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale qui permet aux organismes de sécurité sociale de suspendre le versement des prestations ou suspendre l'instruction de la demande de prestation en cas de non présentation des pièces justificatives demandées à un allocataire ou un assuré.

Cet article a étendu le champ d'application de ce dispositif de suspension en y ajoutant deux nouveaux motifs: la production de faux documents ou de fausses informations d'une part, et l'absence de réponse aux convocations d'un organisme de sécurité sociale, d'autre part. Il est en effet apparu que la seule non présentation des pièces justificatives demandées pouvait apparaître insuffisant au regard de certains agissements frauduleux liés en particulier à l'absence de résidence en France.

L'article est d'application directe.

### **Art. 120: Renforcement du dispositif de recours contre tiers**

Cet article prévoit l'application d'une pénalité financière à l'assureur du tiers responsable qui n'informe pas l'organisme de sécurité sociale de la victime de l'accident ainsi qu'à l'assureur qui transige avec un assuré sans en informer sa caisse de sécurité sociale. La pénalité est fonction du montant des sommes en cause et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % de celles-ci. Il supprime, en outre, la sanction d'un montant dérisoire applicable à l'assureur du tiers responsable qui n'informait pas la caisse de sécurité sociale.

Un décret en Conseil d'État portant application de cet article en précisant notamment les modalités de notification de la pénalité est en cours de publication.

### **Art. 121: Échanges d'informations entre les organismes de sécurité sociale et les consulats**

L'article 121 vient compléter l'article L. 114-11 du code de la sécurité sociale et habilite explicitement les organismes de sécurité sociale et les consulats à s'échanger les informations qu'ils détiennent pour l'accomplissement de leurs missions respectives; les services relevant du ministère des affaires étrangères avec lesquels les organismes de sécurité sociale sont autorisés à échanger concernent plus largement « les services de l'État chargés des affaires consulaires » ainsi que « l'agence pour l'enseignement français à l'étranger (AEFE) ».

Un projet de convention-cadre est en cours d'élaboration en vue de formaliser et développer ces échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale et postes consulaires.

L'article est d'application directe. En cas de mise en place de traitement(s) de données à caractère personnel, l'accord préalable de la CNIL sera évidemment requis.

#### **Art. 122: Renforcement du droit de communication avec fixation d'un délai de réponse à 30 jours et affirmation du principe de gratuité**

Cet article complète l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale afin de renforcer l'exercice du droit de communication par les organismes de sécurité sociale. Il introduit, d'une part, un délai de réponse de trente jours aux demandes d'informations des organismes de sécurité sociale vis-à-vis d'un certain nombre de tiers (établissements bancaires, fournisseurs d'énergie etc..). Le délai de 30 jours correspond à celui en vigueur en matière fiscale.

Cet article instaure d'autre part le principe de gratuité de ces demandes : le code de la sécurité sociale ne précisait pas, en effet, si ce droit de communication était exercé à titre gratuit ou non et certains établissements bancaires en profitaient pour facturer leurs réponses à des tarifs élevés.

L'article est d'application directe.

#### **Art. 123: Situation des non salariés sans activité**

Cet article précise le cadre dans lequel les organismes de recouvrement des cotisations sociales pourront initier une procédure claire et transparente permettant d'aboutir le cas échéant à la fin de l'affiliation de ces entrepreneurs individuels sans activité effective.

Les organismes avertiront les cotisants dont les chiffres d'affaires sont nuls ou qui n'ont pas renvoyé leurs déclarations depuis deux ans qu'ils ont visiblement cessé leur activité et que, par conséquent, sauf avis contraire de leur part, sera initiée une fin de leur affiliation dans un délai qui pourrait être de 3 mois.

Un décret en Conseil d'État est en cours de préparation. Il a vocation à organiser les modalités de la procédure de communication entre les organismes sociaux afin que la décision soit commune à l'ensemble des régimes sociaux d'affiliation ainsi que les modalités d'information et de recours du travailleur indépendant qui fera l'objet d'une intention de radiation à son encontre.

#### **Art. 124: Solidarité financière du dirigeant de l'entreprise en cas de travail dissimulé**

Cet article consiste à mettre en place une solidarité financière d'un dirigeant de droit ou de fait verbalisé pour travail dissimulé, dès lors qu'il est à l'origine de manœuvres frauduleuses rendant impossible le recouvrement des cotisations et contributions sociales afférentes. Il s'agit de l'adaptation d'un dispositif analogue qui existe déjà en matière fiscale. Ces dirigeants malveillants pourront désormais se voir déclarés solidairement responsables du paiement des sommes éludées, sur décision du président du tribunal de grande instance.

Ces dispositions sont d'application directe.

#### **Art. 125: Sanction financière en cas de recours à la fausse sous-traitance**

Cet article vise à sanctionner l'utilisation abusive de la présomption de travail indépendant, sans porter atteinte à cette présomption elle-même, ni aux critères qui définissent le salariat ou le non salariat. Il s'agit donc, et seulement en cas de condamnation pénale pour dissimulation d'emploi salarié, de réintroduire l'obligation pour l'employeur de payer les cotisations et contributions de sécurité sociale à sa charge pour la période pendant laquelle l'*infraction* a été établie.

Ces dispositions sont d'application directe.

#### **Art. 126: Suppression du plafonnement des annulations d'exonération en cas de travail dissimulé**

Cet article supprime le plafonnement à 45 000 € de l'annulation des exonérations et réductions de cotisations et contributions de sécurité sociale applicables dès lors qu'une *infraction* de travail dissimulé est constatée par procès verbal.

Ces dispositions sont d'application directe.

#### **Art. 127: Renforcement de la procédure de redressement forfaitaire**

Cet article complète la rédaction de l'article L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale, afin de permettre une pleine exploitation par les caisses prestataires des redressements forfaitaires effectués par les organismes de recouvrement.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a instauré un redressement forfaitaire qui permet aux agents de contrôles des organismes de recouvrement de redresser un employeur verbalisé pour travail dissimulé sur une base forfaitaire, dès lors qu'aucun élément ne permet de connaître la date d'embauche ou la rémunération versée au salarié non déclaré. En pratique, le redressement est calculé sur la base de six mois de rémunération au SMIC pour chaque salarié en situation de travail dissimulé.

Les modalités d'évaluation forfaitaire des ressources et des droits doivent être précisées par décret en Conseil d'État en cours de préparation.

#### **Art. 128: Mise en place d'une procédure de flagrance sociale**

Le dispositif de flagrance sociale a pour objet, dès lors qu'une verbalisation pour travail dissimulé a été réalisée, de faciliter la protection des créances des organismes sociaux par la mise en œuvre d'une saisie-conservation qui rend certains actifs indisponibles et empêche leur disparition jusqu'à l'épuisement des délais de recours. Cette procédure est placée sous le contrôle du juge de l'exécution.

Ces dispositions sont d'application directe.

#### **Art. 129: Transmission des données Tracfin aux organismes de sécurité sociale**

Cet article ajoute les organismes de protection sociale à la liste des structures susceptibles de recevoir des informations émanant de Tracfin, afin qu'ils puissent s'en servir dans le cadre de l'accomplissement de leurs missions de contrôle et lutter plus efficacement contre la fraude tant aux cotisations qu'aux prestations.

Cette disposition est d'application directe. Un protocole déclinant les modalités concrètes d'échanges entre Tracfin et les différents organismes de protection sociale a été signé le 1<sup>er</sup> mars 2012.

Conformément au 3° du III de l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale, la présente annexe rend compte de la mise en œuvre des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année en cours et des mesures de simplification en matière de recouvrement des recettes et de gestion des prestations de la sécurité sociale mises en œuvre au cours de cette même année.

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

La sécurité sociale est de manière intrinsèque un service public conçu en direction des besoins de ses usagers : cotisants, assurés ou bénéficiaires de prestations. Il est fondamental qu'elle s'adapte en permanence à l'évolution de leurs besoins et de leurs contraintes, en mobilisant les possibilités offertes par le déploiement de nouvelles technologies et dans la recherche d'une plus grande efficacité. Les initiatives prises pour simplifier et faciliter les relations de ces usagers avec les organismes sont anciennes et très diversifiées.

Ces initiatives se traduisent par des mesures normatives successives et une programmation continue qui est retraduite en particulier dans toutes les conventions d'objectifs et de gestion (COG) passées entre l'État et les différents organismes de la sécurité sociale.

La loi du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit a, par son article 4, introduit dans la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les usagers (article 16 A nouveau), le principe selon lequel les administrations échangent entre elles toutes les informations ou données nécessaires au traitement des demandes des usagers ce qui leur permettra, le cas échéant, de ne plus avoir à fournir qu'une seule fois un document ou une information. La mise en œuvre de cette règle, qui fera l'objet de décrets en Conseil d'État, suppose de développer les échanges entre les différents organismes de la sphère sociale après avoir dans un premier temps identifié les thèmes les plus porteurs de simplification pour les usagers et d'économie de gestion pour les organismes.

La loi du 22 mars 2012 relative à la simplification et à l'allègement des démarches administratives comprend plus d'une dizaine d'articles dans le champ de la sécurité sociale, dont la création de la déclaration sociale nominative (DSN). En outre, les lois de financement de la sécurité sociale apportent chaque année des dispositions y contribuant : ainsi, par exemple, l'article 40 de la LFSS pour 2012 a apporté un ensemble très significatif de mesures de simplification dans le domaine du recouvrement des cotisations sociales dues par les travailleurs indépendants. Au-delà, les propositions et mesures conçues par l'administration, mais aussi les multiples initiatives issues des organismes eux-mêmes ou de la concertation avec les usagers font de la sécurité sociale un lieu sans équivalent dans la sphère publique pour la conception et le déploiement d'idées innovantes en faveur de la simplification.

En raison de leur nombre et de leur impact, la coordination de ces actions a été renforcée. Ainsi, en juillet 2010, une instance spécifique a été créée, le *Comité de simplification et de modernisation*, co-animé par la Direction de la sécurité sociale et la Direction générale de la modernisation de l'État, pour rendre compte et piloter de grandes initiatives de simplification de la sécurité sociale. Ce comité regroupe les organismes nationaux têtes de réseau des différentes branches du régime général de la sécurité sociale ainsi que le Régime social des indépendants, la Mutualité sociale agricole, le GIP Info-retraite, le GIP Modernisation des données sociales et le GIE Association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres - Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (AGIRC-ARRCO). Il fixe un cadre général

à la démarche de simplification et garantit la cohérence des projets. Il permet, en concertation avec les organismes, l'identification et la validation des axes de progrès prioritaires. Il constitue également un lieu d'échanges des bonnes pratiques et des expérimentations novatrices.

On peut regrouper les mesures de simplification en deux ensembles, d'une part celles prises pour la gestion des prestations aux usagers dans les différentes branches de la protection sociale (1) et d'autre part celles prises dans le cadre du recouvrement des cotisations, en faveur des cotisants (employeurs, entreprises et particuliers, ainsi que travailleurs indépendants) (2). Les exemples ci-après illustrent les avancées les plus significatives enregistrées au cours des douze derniers mois en matière de simplification dans ces deux domaines.

---

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

---

La simplification de la gestion des prestations s'exerce tant dans l'application de la réglementation que dans l'adaptation des services offerts pour fluidifier l'accès aux droits. Cette démarche passe par la construction d'une offre de service plus riche et des échanges inter-administrations de plus en plus fréquents, avec l'accord de la CNIL, mais aussi par la simplification des règles et outils de gestion des partenaires des organismes, comme les professionnels de santé.

### **1.1. L'assurance maladie et Internet: poursuite de l'enrichissement des démarches en ligne offertes sur ameli.fr**

---

L'assurance maladie dispose d'un numéro unique d'accès à l'information au prix d'un appel local depuis un poste fixe via le 36 46. Cela permet outre la simplification, une uniformité et une égalité de traitement sur tout le territoire car certaines populations ne possèdent pas l'accès à internet.

Concernant les services en ligne, la branche maladie continue à diversifier son offre afin de répondre à une véritable attente des usagers.

Ce déploiement est étroitement lié au perfectionnement des fonctionnalités existantes et à la mise en place de nouvelles offres, accessibles à tous ou spécifiques à l'assuré.

L'espace « Assuré » du site internet comporte des informations de nature générale sur la caisse dont dépend l'utilisateur en fonction de son lieu de résidence (adresse, lieux et horaires d'ouverture ; il récapitule les règles relatives aux modalités de prise en charge des soins et aux remboursements par l'assurance maladie (parcours de soins, montants...), indique les conditions d'ouverture des droits et les démarches à entreprendre pour bénéficier des différentes prestations avec une approche par situation personnelle, professionnelle ou médicale ; un lien est systématiquement proposé vers le formulaire de demande correspondant.

Depuis 2012, un simulateur permet à l'assuré d'apprécier s'il peut prétendre à une complémentaire santé gratuite (CMU Complémentaire) ou à une aide pour financer une complémentaire santé (ACS).

Surtout, les assurés peuvent créer sur ameli.fr leur « compte ameli », espace sécurisé leur donnant accès à leurs informations de remboursement et leur permettant de gérer un certain nombre de démarches en ligne.

Le « compte ameli » est un service de l'Assurance maladie proposé non seulement aux personnes affiliées au régime général mais également aux assurés des Caisses d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC), de retraite et de prévoyance des clercs et employés

de notaires (CRPCEN), nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS), d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG), de l'Établissement national des invalides de la marine (ENIM), et de la Mutuelle générale de la police (MGP).

À partir de son « compte ameli », accessible à partir d'un identifiant et d'un code secret, chaque assuré peut d'une part obtenir des informations sur la gestion de son compte (visualisation immédiate de son décompte de remboursements qui se substitue à l'envoi des décomptes sous forme papier) avec conservation d'un historique, télécharger son attestation d'indemnités journalières ou son attestation de droits et d'autre part effectuer certaines démarches en ligne.

### LES FONCTIONNALITÉS ENRICHIES DE MON « COMPTE AMELI »

Le « compte ameli » permet l'accès, par tout assuré adhérent, à cinq rubriques personnalisées et sécurisées. Les quatre premières donnent accès à l'information administrative ou de prévention sanitaire et la cinquième propose des démarches en ligne :

- « mes paiements » : y figurent les derniers paiements c'est-à-dire tous les décomptes de remboursements de consultations et soins avec le même niveau de détail qu'un décompte papier, le récapitulatif annuel des prestations dont a bénéficié l'assuré au cours de la dernière année civile, par catégories d'actes et de soins, les relevés mensuels des prestations des six derniers mois. Il comporte un décompte personnel, par année civile, des participations forfaitaires et franchises déduites des remboursements et le cas échéant celles restant à récupérer au titre du tiers-payant ;
- « ma messagerie » : l'assuré peut, au lieu de se déplacer ou téléphoner, poser toute question, générale ou personnalisée à son organisme d'assurance maladie qui lui répond alors à l'adresse de messagerie électronique enregistrée dans ses informations personnelles ;
- « mes informations personnelles » : l'assuré peut y consulter et vérifier les principaux éléments administratifs le concernant ainsi que ses ayants droit. Depuis mi-2011, cette rubrique comporte un item « ma carte Vitale » qui permet de suivre l'état d'avancement d'une demande de carte Vitale ;
- « mon espace prévention » : il s'agit d'une information personnalisée, adaptée à la situation de l'assuré et de ses ayants droit pour les inciter à devenir acteurs de leur santé et non plus seulement consommateurs de soins. Il propose aux personnes concernées, des services en ligne personnalisés :
  - « Vous attendez un enfant », à toutes les femmes qui ont déclaré leur grossesse. Il est conçu comme un agenda des différents rendez-vous et examens médicaux de surveillance et un guide d'information actualisé au fur et à mesure de l'avancement de la grossesse,
  - « Vos rendez-vous M<sup>T</sup> dents » aux parents d'enfants âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, pour leur rappeler et leur permettre de suivre les examens préconisés par l'assurance maladie et télécharger s'ils le souhaitent, le bon de prise en charge pour un examen bucco-dentaire offert par l'assurance maladie. L'Assurance maladie propose des services innovants et adaptés aux modes de vie des parents et des jeunes : réception d'alerte pour le prochain rendez-vous via le téléphone mobile, facebook, le compte personnel ameli.fr,
  - la prévention des risques cardio-vasculaires,
  - la vaccination ;
- « mes demandes » : l'assuré peut télécharger son attestation de droits, télécharger une attestation de paiement d'indemnités journalières, commander la carte européenne d'assurance maladie, signaler la perte ou le vol de sa carte Vitale (ce qui déclenche automatiquement la fabrication d'une nouvelle carte), suivre la délivrance de sa carte Vitale, obtenir le relevé fiscal qui comporte les indemnités journalières et pension d'invalidité imposables à déclarer.

Le nombre de « comptes assurés » créés sur ameli.fr ne cesse de progresser. En juin 2012, plus de 9,3 millions d'assurés avaient ouvert leur « compte ameli », contre 7,3 millions en juin 2011, soit une progression de 27 %. Le nombre de compte assurés a franchi la barre des 10 millions en septembre 2012.

L'espace « Assuré » d'ameli.fr propose un service dédié pour les personnes affectées par une pathologie diabétique et également l'accès à deux sites complémentaires :

- **ameli-direct.fr** liste les professionnels ou les établissements de santé sur une commune donnée, par spécialité, avec l'indication de leurs coordonnées, du secteur de conventionnement et des tarifs habituellement pratiqués ;
- **ameli-sante.fr**, site entièrement dédié à l'information, au conseil et à la prévention en matière de santé a été refondu et enrichi en septembre 2011.

Parallèlement à ces fonctionnalités tournées vers l'assuré, il convient de citer les progrès des services destinés aux professionnels de santé et aux entreprises.

Fin 2011, 335 640 professionnels de santé étaient adhérents à « espace-pro » leur offrant par exemple la possibilité de visualiser leurs remboursements de tiers-payant, ils ont la possibilité d'y réaliser la déclaration d'arrêt de travail en 5 clics ou de réaliser en télé procédure la déclaration de médecin traitant, évitant au patient les formalités papier.

Pour les entreprises, il convient de souligner la forte progression de l'utilisation des attestations de salaires dématérialisées que le site ameli.fr invite à réaliser via net-entreprises.fr. Elles permettent à la CPAM de recevoir plus rapidement et d'intégrer directement les données relatives aux dates d'arrêt et aux salaires pour le calcul des indemnités journalières. Leur volume augmente à un rythme rapide: plus de 6 millions d'attestations dématérialisées en 2011, contre 4,8 millions en 2010 et 3,7 millions en 2009.

En matière de prestations, on peut rappeler, au-delà des prestations légales et extra-légales, la mise en place d'une offre structurée en matière de prévention.

#### DESCRIPTION DU DISPOSITIF SOPHIA

Sophia est un service innovant de l'assurance maladie, d'accompagnement personnalisé des malades chroniques. L'objectif est d'améliorer ou préserver l'état de santé des personnes atteintes de maladies chroniques en prévenant les complications liées à ces maladies. Il s'agit d'aider les personnes concernées à mieux connaître leur maladie et adapter leurs habitudes.

Dans un premier temps ce service gratuit est proposé aux patients diabétiques, pris en charge à ce titre à 100 % par l'assurance maladie. Il relaie l'action et les recommandations du médecin traitant ou du diabétologue.

Les personnes intéressées adhèrent au service à l'aide d'un bulletin d'inscription, ce qui leur permet de bénéficier de plusieurs types de supports d'information (des livrets Repères, le journal trimestriel « Sophia et vous », des courriers thématiques) et du soutien d'un conseiller en santé, infirmier expérimenté disponible par téléphone à un numéro spécifique. Le conseiller en santé contacte le patient par téléphone en fonction de son état de santé, de ses besoins et de sa situation personnelle.

Un site Internet leur est dédié : [www.sophia-infoservice.fr](http://www.sophia-infoservice.fr) qui comporte un vaste espace documentaire concernant la surveillance du diabète et les sept points de suivi minimal recommandés par la Haute autorité de santé (HAS).

Le programme Sophia qui a vocation à être généralisé prochainement à tout le territoire a fait l'objet d'une expérimentation menée à ce jour dans vingt départements. L'année 2011 a connu une rapide montée en charge avec en fin d'année 137 000 personnes (+85 % par rapport à fin 2010) ayant adhéré au service, pris en charge par 76 infirmiers conseillers en santé. L'extension à de nouvelles pathologies chroniques est prévue: maladies cardiovasculaires associées dont souffrent les adhérents diabétiques et maladies respiratoires (asthme).

Le programme SOPHIA, qui repose sur l'association de compétences médicales et organisationnelles, a permis à la CNAMTS de remporter le 8 mars 2012 le prix du manager public de l'année 2012, placé sous le signe de l'innovation, dans la catégorie « organismes sociaux ».

Ces initiatives participent d'une démarche globale visant à transformer l'utilisateur en acteur de sa propre santé; elle répond à un triple objectif: améliorer la prise en charge des patients, réduire la survenue de complication et optimiser les dépenses de l'Assurance maladie.

## **1.2. La simplification administrative de l'exercice de la médecine libérale**

---

Une instance de simplification administrative a été mise en place en février 2011 associant l'administration, les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux. Le bilan des travaux de cette instance s'avère positif et a suscité une forte mobilisation de l'ensemble des acteurs.

Parmi les mesures ayant un enjeu direct sur le service des prestations mises en œuvre en 2012 peuvent être citées:

### ***La désignation d'un correspondant dédié, identifié et personnel au sein du service médical***

Les échelons locaux du service médical pour le régime général, et des caisses locales pour le RSI et la MSA ont mis en place une organisation permettant aux médecins d'obtenir une réponse téléphonique directe des médecins conseils et de leurs collaborateurs administratifs habilités, ou, en cas de question complexe, de laisser leur numéro pour être rappelés sous 48 heures. Pour rappel, depuis octobre 2011, pour toute question administrative ou de remboursement, un numéro dédié à chaque médecin est opérationnel sans que celui-ci ait à passer par une plateforme téléphonique généraliste.

### ***La révision et la suppression des demandes d'accord préalable***

La CNAMTS a identifié les Accords Préalables (AP) pouvant être supprimés. Parmi ces suppressions, beaucoup d'accords préalables concernent les auxiliaires médicaux car très peu d'actes médicaux étant sous entente préalable. Il s'agit des interventions d'infirmiers libéraux pour les chimiothérapies ambulatoires, des actes et examens d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), des réalisations d'actes de dermatologie, de la demande d'entente préalable pour les séquences de plus de 30 séances de masso kinésithérapie, la rééducation post-natale.



### *Les certificats médicaux*

Les travaux engagés en 2011 en matière de rationalisation des certificats médicaux, se sont traduits par une circulaire largement diffusée pour réguler les demandes de certificats médicaux. Ce document n'a pas pour finalité de traiter l'exhaustivité des certificats médicaux notamment quand ils résultent d'un texte normatif ou sont autrement justifiés. Il rappelle les cas les plus fréquents recensés par les syndicats représentatifs des médecins et par le Conseil national de l'Ordre des médecins dans lesquels les certificats médicaux ne sont pas nécessaires et, le cas échéant, les solutions alternatives retenues.

Le sujet plus complexe des certificats médicaux pour la pratique physique et sportive a justifié la mise en place d'un groupe de travail dédié en janvier 2012. Ce groupe de travail copiloté par la Direction de la sécurité sociale, la Direction générale de la santé et la Direction des sports, est composé par des représentants de la commission médicale et sports-santé du Comité national olympique et sportif français, de la société française de médecine de l'exercice et du sport, de la Fédération Française de cardiologie, du syndicat national des médecins du sport, de la société française de pédiatrie, de l'Union nationale des médecins fédéraux, de la société française de pédiatrie, de la Confédération des syndicats médicaux français, du syndicat des médecins généralistes (MG France) et du syndicat des médecins libéraux (SLM).

### *Intégration progressive dans l'environnement de travail des médecins (logiciels métier) des télé-services de l'assurance maladie*

Il s'agit d'une demande forte de la part des professionnels de santé qui s'inscrit en cohérence avec le programme 2 du schéma directeur des systèmes d'information de la CNAMTS qui promeut notamment le développement de télé-services directement intégrés au logiciel des professionnels de santé. En effet, la CNAMTS a mis à la disposition des professionnels de santé des services sécurisés dans le cadre d'« espace pro »

Les professionnels de santé ont confirmé dans le cadre de l'instance leur souhait que soient réunies dans leur logiciel métier les fonctionnalités déployées relatives à leur activité professionnelle ainsi que les services concernant les patients (intégration des protocoles de soins électroniques, des déclarations de choix du médecin traitant et des arrêts de travail).

Des progrès ont été réalisés par travail conjoint de l'assurance maladie et des éditeurs de logiciel. D'ores et déjà, l'historique des remboursements (Web médecin) intégré au logiciel médical est développé par un éditeur. La déclaration de médecin traitant en ligne intégrée au logiciel médical a été mise en production en février 2012. La saisie des avis d'arrêt de travail en ligne, dans une nouvelle version simplifiée dite « en cinq clics » est opérationnelle.

### **1.3. Dans le domaine des accidents du travail et maladies professionnelles: de nouveaux services en ligne à destinations des employeurs et professionnels de santé, des expérimentations pour améliorer la reconnaissance des maladies professionnelles et simplifier les démarches des assurés et des médecins**

---

Depuis septembre 2008, les employeurs ont la possibilité de déclarer les accidents du travail en ligne (DAT) et depuis 2011 d'accéder à un nouveau service en ligne: le compte AT-MP. De nouveaux développements attendus en 2012 permettront d'étendre la DAT aux entreprises recourant à l'intérim, de mettre en œuvre le compte employeur ou encore de dématérialiser les certificats médicaux à la source. On recense fin 2011, 162 988 comptes AT/MP ouverts sur net-entreprises.

Sur le volet accidents du travail et maladies professionnelles la mise en ligne du nouveau site institutionnel [www.risquesprofessionnels.ameli.fr](http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr) entièrement dédié à l'information sur les missions, les objectifs et les réalisations de la branche AT/MP, permet la consultation des études et statistiques AT/MP. Un moteur de recherche offre l'accès à des fiches statistiques détaillées sur la sinistralité selon le risque (accident du travail, de trajet et maladie professionnelle) pour les années 2009 et 2010.

L'espace « Employeur/Entreprise » d'[ameli.fr](http://ameli.fr) s'est enrichi de deux nouvelles rubriques « Vos cotisations » et « Prévention ». En plus des démarches liées à sa relation avec l'assurance maladie, l'entreprise y trouve un contenu pratique sur les risques professionnels: démarche à faire lors d'un sinistre professionnel, règles de calcul du montant de l'indemnité journalière AT/MP ou celles de la tarification de son taux de cotisation. La rubrique « Prévention » aborde la prévention des risques professionnels sous l'angle « informations utiles », notamment les conventions nationales d'objectifs (CNO), les recommandations et les supports d'information. En 2011, depuis leur ouverture, ces deux sites recensent en moyenne une audience globale de 335 000 visiteurs par mois soit 15 % de plus que l'ancien dispositif internet de la branche AT/MP.

Spécifiquement en matière d'accès aux droits, il apparaît que certaines pathologies, notamment celles qui ont un long délai de latence comme les cancers, ne font pas toujours l'objet d'une déclaration de maladie professionnelle. En effet, les salariés concernés méconnaissent souvent l'origine professionnelle de leur maladie et les démarches à conduire. Quant aux professionnels de santé, ils donnent la priorité au traitement du cas et ne pensent que rarement à interroger leur patient sur ses activités professionnelles, surtout lorsqu'il s'agit d'un retraité. En conséquence, un nouveau service en ligne d'[ameli.fr](http://ameli.fr), à destination des professionnels de santé a été conçu pour les aider à repérer l'origine éventuellement professionnelle de la maladie puis déclarer une maladie professionnelle et orienter leurs patients dans leur déclaration.

Par ailleurs, pour inciter les salariés à engager une démarche de déclaration de maladies professionnelles, une expérimentation a été menée sur une pathologie ciblée (cancer de la vessie) d'abord dans deux régions puis étendue à cinq autres en 2011. Elle a permis un accroissement important du nombre de déclarations et de reconnaissances de l'origine professionnelle de cette maladie et servira de base à une extension de la démarche à d'autres départements.

## **1.4. Le renforcement de la dématérialisation et la diversification des services aux retraités et futurs retraités**

---

Le GIP Info retraite, qui regroupe trente-cinq régimes de retraite obligatoire, de base et complémentaire, coordonne depuis 2004 l'information des futurs retraités développée progressivement à l'égard d'assurés plus jeunes. Ainsi, en 2011 :

- 3,6 millions de relevés de situation individuelle (RIS) au regard des droits acquis dans les différents régimes ont été adressés aux assurés âgés de 35, 40, 45 et 50 ans. Ce relevé récapitule l'ensemble des droits acquis, exprimés en trimestres ou en points, auprès des régimes obligatoires, y compris de retraite complémentaire ;
- et 2,8 millions d'estimations indicatives globales (EIG) du montant total de leur future retraite selon l'âge de départ ont été envoyées aux personnes âgées de 55, 56, 57 et 60 ans.

Ces opérations sont confortées par la progression constante de la part de déclarations annuelles sociales nominatives des données sociales (DADS) établies et transmises sous forme dématérialisée. Ces modalités de gestion accélèrent l'intégration des données pour la mise à jour des droits et limitent les risques d'erreurs. Le cap de 2 millions de DADS a été franchi en 2011 et leur taux de dématérialisation avoisine les 100 % (cf. *infra* les développements sur les simplifications pour le cotisant).

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a renforcé et simplifié cet accès au droit à l'information en prévoyant la possibilité pour tout assuré de demander à tout moment, et donc quel que soit son âge, et sous format électronique, un relevé individuel de situation, tous régimes confondus (RISe). Ce service, construit par le GIP Info retraite et les régimes adhérents, a été ouvert progressivement par tranches d'âge à partir du 15 septembre 2011, puis généralisé à toutes les générations depuis la fin de l'année 2011. Sur les derniers mois de l'année il a ainsi permis à plus de 2,5 millions d'assurés d'obtenir leur relevé de situation individuelle en ligne.

Le télé-service RIS électronique est accessible sur les sites Internet des différents régimes de retraite et notamment sur le site [www.lassurance retraite.fr](http://www.lassurance retraite.fr), qui est devenu depuis février 2011 le point d'entrée unique à tous les services de l'assurance retraite du régime général.

**LE PORTAIL DE L'ASSURANCE RETRAITE DU RÉGIME GÉNÉRAL:  
WWW.LASSURANCERETRAITE.FR**

Ouvert en février 2011, le site de l'assurance retraite du régime général propose aux assurés un ensemble de services, dont certains à partir d'un compte personnel sécurisé accessible à l'aide d'un code confidentiel. Il est en constante évolution pour répondre aux attentes de ses publics avec :

- un service de calcul de l'âge légal de départ la retraite ;
- la régularisation de carrière en ligne à partir de 44 ans ;
- depuis 2012, le relevé de situation individuelle en ligne récapitulant à tout âge, l'ensemble de la carrière et des droits à retraite ouverts, tous régimes confondus ;
- le service « mes informations retraite » propose aux internautes un abonnement aux actualités sur la retraite, le suivi de leur dossier ainsi que la réception automatique du relevé de carrière chaque année ;
- depuis la fin septembre 2011, une première version de l'application nationale sur smartphone « Retraite Sécu » a été mise en ligne afin d'attirer de nouveaux publics. Elle met en valeur l'offre de services de la branche. Sa première version qui sera progressivement enrichie offre déjà une série de rubriques proposant une gamme étendue de fonctionnalités : l'actualité nationale et régionale, un repérage des points d'accueil par géolocalisation ; un accès direct au numéro d'appel national 39 60 ; des informations sur la législation retraite et notamment sur la dernière réforme ; le calendrier des paiements des retraites ; un quiz sur la retraite ; une base de questions-réponses ; des informations pratiques sur la politique sociale de prévention ; une calculatrice permettant d'estimer l'âge de départ à la retraite selon sa date de naissance.

En 2011, plus de 3,7 millions d'internautes ont consulté le site [lassuranceretraite.fr](http://lassuranceretraite.fr) ou utilisé les services en ligne suivants, avec par ordre décroissant de fréquentation : 2 576 000 visualisations de relevé de carrière, 785 700 consultations de la base de questions/réponses, 11 325 demandes de retraite en ligne, 10 028 demandes de régularisation de carrière.

Par ailleurs, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) a remporté pour la cinquième année consécutive, à l'issue d'une enquête réalisée par téléphone en avril 2012 auprès de 4 000 usagers, le 1<sup>er</sup> prix du Podium de la relation client, dans le secteur des services publics, notamment pour :

- ses nombreux services en ligne (cf. ci-dessus) ;
- la qualité de sa relation téléphonique grâce au numéro unique 39 60 qui permet de joindre l'assurance retraite du régime général au tarif d'une communication locale, avec accès à un conseiller du lundi au vendredi de 8h00 à 17h00 et la consultation du dossier personnel ou le suivi de l'actualité retraite, tous les jours et quelle que soit l'heure ;
- la qualité de l'écoute et du conseil dans ses trois cents agences retraite et mille points d'accueil qui ont reçu 2,6 millions de visites en 2011 ;
- la qualité de ses rendez-vous et de l'entretien information retraite proposé aux actifs approchant de l'âge de la retraite pour préparer au mieux leur départ à la retraite.

Depuis 2011, le répertoire d'échanges inter-régimes de retraite permet à chaque régime de connaître, pour chaque assuré, le montant de retraite versé par les autres régimes (et non plus seulement estimé comme précédemment). Aussi son utilisation a pu être étendue à l'étude des droits soumis à une condition de ressources. Depuis 2012, il facilite la vérification de la totalité des sommes versées par l'ensemble des régimes de retraite, pour l'étude du droit au minimum contributif.

## L'ENTRETIEN INFORMATION RETRAITE

Il s'agit de la mise en œuvre de la fonction conseil de la CNAVTS prévue par la Convention d'objectifs et de gestion 2009-2013, qui poursuit son développement après l'expérimentation de l'entretien conseil personnalisé, menée de novembre 2009 à janvier 2010 sur 1 000 entretiens. Cette nouvelle offre de service consiste en un rendez-vous avec un conseiller retraite, proposé après 55 ans aux assurés ayant reçu l'estimation indicative globale (EIG) du montant de leur retraite. Au cours de cet entretien, le futur retraité peut bénéficier du commentaire de son estimation indicative et de tous les éclairages nécessaires à sa prise de décision en obtenant les informations relatives aux conséquences des choix qui lui sont offerts en termes d'âge de départ à la retraite, et notamment de prolongation de l'activité et de surcote, de retraite progressive, passage à temps partiel, cumul emploi-retraite. L'expérimentation, qui s'est poursuivie en 2010 avec 10 000 entretiens, a permis d'apprécier les moyens nécessaires à la mise en œuvre de cette nouvelle forme d'accueil. La première enquête de satisfaction menée à l'issue de ces entretiens a montré que les assurés ont accueilli très positivement cette démarche. Elle s'est étendue progressivement pour atteindre en 2011 plus de 40 000 diagnostics conseil personnalisés. L'objectif pour 2012 consiste à généraliser le dispositif avec 60 000 entretiens d'information retraite.

**Le conseil retraite en entreprise** vise à conseiller les entreprises, à leur faire connaître les différents dispositifs de maintien dans l'emploi, en lien avec l'obligation prévue par la loi pour les entreprises de plus de 50 salariés de conclure un accord sur l'emploi des seniors. Cette offre propose d'organiser des séminaires sur la retraite, d'intervenir auprès des salariés. Au vu du succès remporté par l'expérimentation menée par cinq caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) auprès des services de ressources humaines de 171 entreprises, en 2011 cette offre a été déployée dans toutes les CARSAT. Ainsi neuf-cents partenariats ont été mis en œuvre avec les entreprises.

### **1.6. Le développement des services en lignes et téléprocédures de la branche famille: un atout pour l'amélioration de l'information et la simplification des démarches**

Après une expérimentation concluante tout au long de l'année 2010, **la branche famille a mis en place une nouvelle procédure de contrôle de l'identité des demandeurs** non assujettis à la production d'un titre de séjour, afin de simplifier les dossiers de demande de prestations en réduisant le nombre de pièces justificatives à fournir.

Lors de la constitution de son dossier de demande de prestation, le demandeur indique son numéro d'identification au répertoire des personnes physiques (NIR ou numéro de sécurité sociale), ainsi que ses nom, prénom, date et lieu de naissance. Pour le cas où la CAF peut vérifier que ce NIR est certifié avec les mêmes éléments dans le fichier du système national de gestion des identifiants (SNGI, alimenté par les mairies et géré par la CNAV), l'existence de la personne et son état civil sont réputés vérifiés et le demandeur est alors dispensé de la fourniture de toute pièce justificative de son état civil. Dans le cas contraire, la CAF se procure la pièce justificative, dans toute la mesure du possible, directement auprès de la mairie de naissance, ou de l'autorité émettrice.

Cet allègement participe de la logique de simplification des démarches administratives, notamment dans le cadre de la mise en place du site [www.caf.fr](http://www.caf.fr) rénové.

En 2011, la **refonte du site caf.fr** est entrée dans sa phase de mise en œuvre opérationnelle qui s'est généralisée en juin 2012. L'ergonomie générale du site a été revue pour qu'il devienne le point d'entrée de la relation de service, avec notamment :

- un accès aux informations sur les droits aux prestations à partir de situations et événements de vie des usagers ;
- la mise en évidence des services proposés en ligne ;
- la transformation de la rubrique « Mon compte », créée systématiquement lors de l'affiliation de tout nouvel allocataire, qui devient le noyau central de la relation sécurisée à l'utilisateur à l'aide du numéro d'allocataire et d'un code confidentiel. C'est un espace qui donne à l'utilisateur une vue globale de la gestion de son dossier et de ses contacts et l'incite à utiliser les téléservices ;
- un accès aux données de contact et pages locales de la CAF de rattachement de l'internaute dans la rubrique « Ma CAF ».

Cette nouvelle ergonomie a permis le développement des téléservices et téléprocédures :

- l'estimation de droits aux prestations dont le calcul est particulièrement complexe (Revenu de solidarité active, Prestation d'accueil du jeune enfant, Aide au logement) ; cette estimation permet de limiter le nombre de dossiers de demande sans droits ;
- la dématérialisation de la demande d'aide au logement qui était réservée jusqu'à présent aux étudiants sans enfant, est dorénavant ouverte aux autres catégories de demandeurs. La possibilité de demande de prestation par téléprocédure a vocation, à terme, à être étendue aux autres prestations. À ce stade, la fourniture des pièces justificatives qui demeurent nécessaires ainsi que la première demande de prestation d'un nouvel allocataire qui ne dispose pas encore d'un compte en ligne permettant une identification sécurisée, nécessite un envoi de documents papier ; à partir de la fin de l'année 2012, cette transmission de pièce justificative devrait pouvoir être également dématérialisée ;
- la déclaration des changements de situation familiale, dont la déclaration de grossesse, ou de situation professionnelle, pour les allocataires déjà affiliés et disposant d'un compte en ligne avec accès sécurisé, peut être effectuée par modification en ligne de la situation connue de la CAF et restituée à l'écran. Cela permet la prise en compte plus rapide voire presque immédiate, lorsque cette information ne s'accompagne pas de la fourniture d'une pièce justificative par l'allocataire, d'un élément modifiant les droits, ce qui devrait limiter les indus et rappels.

Ces téléprocédures s'ajoutent à la déclaration des ressources trimestrielles en ligne par les bénéficiaires de RSA et à celle permettant aux étudiants qui conservent leur logement pendant les vacances d'été, de le déclarer en ligne à la CAF pour éviter l'interruption des versements de l'aide au logement.

L'intégration de nouvelles fonctionnalités dans le site caf.fr a permis également de rationaliser le traitement des courriels : développement et organisation de la réponse mail (2,8 millions de courriels sortants sur l'année 2011), définition d'un workflow et de niveaux de réponses diversifiés, sur le même mode que la réponse téléphonique.

En 2011, le site caf.fr a enregistré 124 millions de visites, soit une augmentation de 14 % par rapport à 2010.

**Le site « Mon-enfant.fr »**, service exclusivement dédié à l'offre d'accueil des enfants, facilite la vie des parents. « Mon-enfant.fr » est le premier site national dédié exclusivement à l'information des familles pour l'accueil des enfants de zéro à douze ans. Il a été créé par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et ses partenaires, les acteurs nationaux et locaux de la petite enfance et de la jeunesse, pour conseiller les parents, orienter leurs recherches et les aider à trouver la solution adaptée à leurs souhaits.

Le site est doté de plusieurs outils : un module de calcul du coût de l'accueil collectif ou familial et un module de recherche d'un mode de garde. L'outil de géolocalisation permet d'afficher les résultats de la recherche soit par liste soit par carte, sur la commune ou l'agglomération choisie, en fonction du temps de garde désiré et du type d'hébergement souhaité. De plus, les gestionnaires d'accueil et les assistants maternels peuvent y indiquer leurs disponibilités d'accueil.

Le site s'est enrichi d'un outil de simulation des droits à la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) qui complète le simulateur de coût de l'accueil. Elle est également accessible à partir du site [caf.fr](http://caf.fr). Il permet notamment de simuler le droit au complément de libre choix du mode de garde et le cas échéant le droit au complément de choix d'activité en fonction du taux de réduction de l'activité envisagé.

Les évolutions visent aussi à améliorer la lisibilité du partenariat, valoriser les spécificités et les initiatives locales à l'échelon départemental en faveur de l'enfance, de la jeunesse et de la parentalité.

En 2011, le site a enregistré plus de 2,6 millions de visites, en augmentation de 56,8 % par rapport à 2010. Le degré de satisfaction relatif aux informations obtenues sur le site [mon-enfant.fr](http://mon-enfant.fr) est élevé : parmi un échantillon de parents utilisateurs, 81 % les estiment utiles. Ces résultats conduisent à envisager l'enrichissement des fonctionnalités du site pour par exemple permettre aux familles de formuler une demande d'accueil en ligne.

## **1.7. Les autres thèmes transversaux de simplification portés par le comité de pilotage de simplification et de modernisation du service public de la sécurité sociale**

---

Le comité de pilotage permet de partager et de choisir en commun les thèmes de simplification transversaux les plus pertinents tant au bénéfice des usagers que des gestionnaires. C'est ainsi qu'ont été notamment traités les sujets suivants :

Pour **faciliter les démarches à accomplir lors du décès d'un proche**, plusieurs actions ont été entreprises depuis 2010, en lien étroit avec la DGME et les organismes de retraite.

La prise en compte par les organismes de sécurité sociale des informations relatives au décès est simplifiée : la DSS a adressé une circulaire datée du 12 juillet 2011 donnant instruction aux organismes d'utiliser les informations relatives au décès mises à disposition par le système national de gestion des identifiants (SNGI, géré par la CNAV, et retraçant des données INSEE issues des mairies). Dès lors que le décès est certifié ou authentifié dans le SNGI, accessible sous forme d'abonnement électronique, cette information devra être prise en compte par les autres organismes, afin de réduire le nombre de démarches des proches pour les en aviser et les dispenser de la fourniture de la pièce justificative du décès dès lors que l'information est connue du SNGI.

Cette simplification s'est accompagnée de l'ouverture en juillet 2012 d'un téléservice « décès d'un proche » sur [www.mon.service-public.fr](http://www.mon.service-public.fr). Il permet aux proches du défunt de vérifier que les organismes de protection sociale partenaires sont déjà prévenus du décès et d'alléger ainsi les formalités à réaliser. Ce téléservice regroupe en effet onze partenaires parmi les organismes de protection sociale qui se sont engagés pour leur réseaux respectifs à prendre en compte l'information relative au décès ainsi transmise par le SNGI et ce dans un délai de trois jours ouvrés. Ce téléservice renvoie par ailleurs sur le « Guide du décès ».

Un « Guide du décès » a en effet été réalisé en collaboration avec la Direction de l'information légale et administrative (DILA), la DSS et les différentes branches de la sécurité sociale, mis en ligne à une adresse internet spécifique « [guide-du-deces.modernisation.gouv.fr](http://guide-du-deces.modernisation.gouv.fr) » récapitule l'ensemble des autres démarches à entreprendre lors du décès d'un proche.

L'accès est personnalisé et interactif en fonction de l'âge, de la situation familiale et professionnelle de la personne décédée et oriente vers les rubriques pertinentes. Il comporte en outre les liens permettant de télécharger les formulaires nécessaires à l'accomplissement des différentes démarches visant à l'ouverture des droits des survivants.

**La collecte des ressources par la CNAV par échange dématérialisé avec la DGFiP**, sur le modèle de celui déjà en service pour la branche famille, est un projet en cours d'expérimentation au second semestre 2012 avant sa généralisation début 2013. Il a pour objectif de simplifier les démarches de 280 000 bénéficiaires de l'action sociale de la branche retraite en les exonérant de la fourniture de leur avis d'imposition dans le cadre du renouvellement annuel de leurs droits, tout en allégeant la charge administrative pour les organismes.

Le comité de pilotage s'est saisi du sujet des **mutations de dossiers entre organismes**, liées aux changements d'adresse, d'activité professionnelle ou de situation personnelle des usagers. Les mutations représentent une source de complexité et d'insatisfaction fréquente, plus particulièrement au sein de la branche maladie, répartie entre plusieurs régimes et, dans une moindre mesure, au sein de la branche famille pour laquelle sont compétents deux régimes, le régime général et le régime agricole.

- S'agissant de l'assurance maladie, un bilan a été dressé de l'application des deux instructions de la Direction de la sécurité sociale adressées aux organismes d'assurance maladie sur deux sujets précis :

- par circulaire du 21 décembre 2011 relative au transfert des informations relatives au choix du médecin des assurés et à la mise à jour des cartes Vitale en cas de mutation. Les organismes nationaux ont rappelé les textes à leurs réseaux : la carte Vitale n'est plus remplacée mais seulement mise à jour en cas de mutation. De plus, l'information relative au médecin traitant, en l'absence de nouveau choix de l'assuré, est communiquée par échange entre l'organisme cédant et l'organisme prenant, sans sollicitation de l'utilisateur,

- par lettre du 23 avril 2012, en application du décret du 19 mars 2012 relatif à la portabilité des informations relatives à l'affection de longue durée (ALD) ; il s'agit de garantir à l'assuré la continuité de son droit à l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée en cas de mutation inter-régimes ; la période d'exonération ne s'interrompt donc plus.

De façon plus générale, le comité de pilotage a par ailleurs identifié deux types de mutation souvent délicats qui font l'objet de la poursuite de travaux dans un objectif d'amélioration.

- Les mutations entre les différents régimes d'assurance maladie et les mutuelles d'étudiants : Un groupe de travail constitué entre la CNAMTS et les mutuelles d'étudiants explore cinq thèmes d'amélioration dont les résultats seront testés à l'aide d'indicateurs lors de la rentrée 2012.

- Les mutations inter-régimes – c'est-à-dire entre régime général, régime agricole et régime social des indépendants : Un système d'échanges totalement dématérialisés inter-régimes spécifique à la branche maladie est à l'étude pour créer une plateforme informatique visant à simplifier et accélérer les flux de mutations des assurés entre les différents régimes comme c'est déjà le cas au sein du régime général.

- S'agissant de la branche famille, la mutation est totalement dématérialisée entre organismes du régime général et en cours de mise en place au sein du régime agricole. La dématérialisation de la mutation entre ces deux régimes est également en cours.



- Dans cette même logique de gestion des transitions liées à des changements de situation de l'utilisateur, la CNAVTS a initié un envoi dématérialisé des notifications de retraite vers la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Ainsi les retraités du régime général n'ont plus de démarche à effectuer auprès de leur caisse primaire d'assurance maladie pour justifier de la continuité de leur rattachement à l'assurance maladie.

---

## **2. Mesures de simplification en matière de recouvrement des cotisations sociales**

---

La dynamique de simplification et de rationalisation des relations entre la sécurité sociale et les redevables de cotisations concerne toutes les catégories de cotisants, qu'il s'agisse des entreprises, des travailleurs indépendants ou encore des particuliers. Son objectif central est de favoriser le développement de l'activité économique et de l'emploi en allégeant la charge que peuvent revêtir certaines formalités ou procédures nécessaires à la gestion de la protection sociale des travailleurs.

Cette démarche s'est structurée et déployée au fil des années et représente désormais un objectif totalement intégré au pilotage du financement de la sécurité sociale. Il est pris en compte de manière systématique dans les évolutions conçues et décidées dans le domaine de la sécurité sociale.

Les mesures de simplification présentées dans la présente annexe restent ordonnées autour d'axes qui se complètent les uns les autres et permettent d'offrir à une même population une qualité de services croissante. Au sein de chaque axe, les progrès de la dématérialisation offrent des possibilités nouvelles de simplification. Il convient en effet de noter que les déclarations sociales sont pour certaines totalement dématérialisées du fait non d'une obligation pour les déclarants mais d'une évolution très rapide des pratiques. C'est tout particulièrement le cas, pour les entreprises, pour la déclaration annuelle des données sociales (DADS, dématérialisée à 99,8 %), ou, pour les particuliers, pour les déclarations faites pour l'emploi d'une assistante maternelle ou d'une garde d'enfant à domicile (dématérialisées à 95 %).

Ces axes sont :

- le développement de titres simplifiés (dont les plus connus sont le CESU et PAJEMPLOI), qui visent à regrouper et simplifier les démarches des utilisateurs, en confiant aux organismes eux-mêmes la réalisation d'une partie d'entre elles ;
- la création de guichets uniques ou d'interlocuteurs uniques en matière de recouvrement des cotisations sociales, qui permettent de regrouper dans un cadre plus ou moins exhaustif les différentes démarches auxquelles doivent faire face un certain nombre de publics spécifiques ;
- la mise en place de déclarations, mutualisées, simplifiées et accessibles de manière dématérialisée, qui ont pour logique de regrouper sur des supports uniques les besoins de multiples organismes afin de limiter le nombre de démarches à accomplir par les déclarants. Cette démarche concerne tous les types de cotisants ;
- le développement de la qualité de services, qui passe par une simplification de la réglementation, du vocabulaire utilisé dans les relations entre les usagers et les organismes de sécurité sociale et une place plus importante accordée aux besoins des usagers au cœur du fonctionnement des organismes.

## 2.1. Les dispositifs de titres simplifiés

Ces dispositifs permettent de mettre en œuvre pour des publics ciblés un traitement particulier compte tenu du poids que représenterait pour eux l'accomplissement des formalités administratives normales. Ils concourent puissamment dans les secteurs dans lesquels ils ont été déployés à la limitation du travail dissimulé et au développement de l'emploi.

**Tableau 1 - La montée en charge des principaux dispositifs de titres simplifiés**

	Employeurs adhérents			Salariés concernés		
	Juillet 2010	Juillet 2011	Juillet 2012	Juillet 2010	Juillet 2011	Juillet 2012
<b>CESU</b>	1 405 100	1 396 600	1 419 602	698 700	685 100	684 465
<b>PAJEMPLOI</b>	806 205	838 497	921 474	374 500	386 700	388 304
<b>CEA</b>	67 900	75 600	82 483	221 700	265 100	311 079
<b>TESE</b>	170 500	189 900	209 401	463 500	574 400	689 981
<b>TESA (agricole)</b>	47 500	48 100	51 265	387 400	390 000	424 222

Sources: ACOSS, CCMSA

**Tableau 2 - La dématérialisation des dispositifs de titres simplifiés**

		2009	2010	2011
<b>CESU</b>	Inscriptions	416 485	392 946	438 723
	Taux de dématérialisation des volets CESU	37 %	42 %	47 %
<b>PAJEMPLOI</b>	Inscriptions	243 238	250 125	249 677
	Taux de dématérialisation des volets PAJEMPLOI	85 %	91 %	94 %

### 2.1.1. Le chèque emploi service universel (CESU)

Le chèque emploi services universel (CESU) dont il est ici question est le CESU déclaratif (voir encadré sur le double dispositif CESU). Il s'agit du CESU institué par la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne, qui a renforcé le dispositif antérieur de chèque emploi service, créé en 1993, en permettant à la fois de rémunérer les services à la personne (via le « volet rémunération » ou chèque) et en reprenant le principe d'une déclaration simplifiée (dite « volet social »). Le particulier adresse à un organisme unique, le centre national de traitement des CESU, un volet social complété d'un minimum d'informations relatives à l'emploi et la rémunération du salarié.

Le CESU déclaratif est géré par la branche du recouvrement du régime général qui a désigné l'URSSAF de la Loire comme organisme gestionnaire et centre national CESU.

Le CESU déclaratif permet avant tout aux particuliers de déclarer des salariés en emploi direct à domicile. 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).

Le particulier employeur qui utilise un CESU déclaratif indique la rémunération de son salarié sur un volet social adressé au 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. Il calcule en outre les cotisations sociales dues par l'employeur qui sont ensuite prélevées directement sur son compte. Il établit également les attestations fiscales nécessaires pour faire valoir les réductions d'impôt.

Le dispositif du CESU est arrivé à maturité au sens où il couvre désormais une part relativement stable de la population. Les inscriptions nouvelles se traduisant par des comptes actifs ne progressent donc plus dans les mêmes proportions que les années précédentes. En outre, cette installation se traduit par une couverture de la quasi-totalité de la population des particuliers employeurs éligibles au dispositif. Seule une faible part des particuliers employeurs continue en effet de procéder d'elles mêmes aux formalités de calcul, de déclarations et de paiement d'un employeur sans l'aide du CESU. Cette généralisation quasi unanime prouve la satisfaction réelle des usagers du dispositif.

L'année 2012 a été marquée par un fort développement de l'utilisation du CESU par voie dématérialisée, sous l'effet des mesures de la loi du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit qui permet désormais aux utilisateurs d'adhérer au CESU déclaratif directement par internet sans être obligé de passer par un organisme bancaire a sans doute contribué à simplifier l'adhésion en ligne. De fait, la dématérialisation de la relation est systématiquement proposée aux adhérents depuis 2009 et les « volets sociaux » dématérialisés sont désormais plus nombreux que les volets papier. Corollairement, les employeurs utilisent moins le volet rémunération (« chéquier CESU ») pour rémunérer leur salarié et recourent désormais à leurs moyens de paiement personnels (chéquier personnel, virement, espèces).

La qualité de ce service simple et fiable reste un des enjeux et des atouts du dispositif. Il doit toutefois s'adapter pour offrir en outre une assistance aux employeurs, non seulement pour l'accomplissement des formalités déclaratives à la sécurité sociale, mais aussi sur les questions liées aux modalités d'embauche et d'emploi des salariés, les conditions de rupture de la relations de travail ou encore les salaires praticables pour les activités proposées. Le centre national du CESU a pris en compte cette exigence. Cette demande croissante se traduit par une prise en charge téléphonique importante, ainsi que la diffusion de brochures et documents de référence adressés aux adhérents.

## LE DOUBLE DISPOSITIF CESU : CESU DÉCLARATIFS ET CESU PRÉFINANCÉS

Le CESU « déclaratif » est un outil de simplification pour la déclaration de l'emploi à la sécurité sociale. Le carnet CESU se compose à la fois de déclarations sociales (volet social) et de chèques CESU (volet rémunération).

Le CESU « préfinancé » est quant à lui une modalité particulière par laquelle un tiers fournit des chèques à un particulier pour la rémunération de personnes à son domicile. Dans ce cas, les titres sont identifiés au nom du bénéficiaire et affichent une valeur définie. Ils permettent de rémunérer, au choix, un service prestataire fourni par un organisme agréé ou un salarié à domicile, ces acteurs pouvant obtenir ensuite la conversion de ces chèques en valeur à un centre de remboursement. Les titres préfinancés peuvent être complétés par d'autres moyens de paiement. Lorsqu'ils sont utilisés dans le cadre d'un emploi direct, celui-ci doit être déclaré au moyen du volet social du CESU déclaratif décrit ci-dessus.

Les titres peuvent être attribués :

- par l'État, comme cela fut le cas pour le dispositif d'aide exceptionnelle de 200 € destiné à certains bénéficiaires de prestations sociales (allocation personnalisée d'autonomie (APA), 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'APA et de la prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- 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 et de CSG-CRDS pour le bénéficiaire et l'entreprise qui accorde cette aide bénéficie de son côté d'un crédit d'impôt et d'une exonération de cotisations sociales.

La sécurité sociale poursuit aux côtés des Conseils généraux l'initiative de favoriser l'utilisation du CESU préfinancé comme moyen de paiement pour le versement de l'APA ou de la prestation de compensation du handicap (PCH). Afin de simplifier le paiement des cotisations sociales par les bénéficiaires de ces prestations, un dispositif a été envisagé qui permet aux départements de prendre en charge sous forme de « tiers payant » les cotisations dues par le bénéficiaire qui choisit de recourir directement à un salarié.

Ce système permet aux départements de prendre directement en charge les cotisations plutôt que de verser un montant correspondant au bénéficiaire de l'aide qui doit ensuite les acquitter. Les conseils généraux prennent en charge uniquement les cotisations correspondant aux heures de prestations effectivement réalisées et contrôlent mieux l'allocation de ces ressources. En outre, le nouveau dispositif sera également favorable aux bénéficiaires qui n'auront plus à faire l'avance des cotisations puis à se les faire rembourser partiellement par les départements.

Ce projet a connu une avancée majeure : l'article 40 de la LFSS pour 2012 a donné une base légale au mécanisme de prise en charge. Par ailleurs, les modalités techniques de celle-ci ont été arrêtées avec les Conseils généraux pilotes du dispositif.

### **2.1.2. Le dispositif déclaratif PAJEMPLOI**

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a créé la « 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 de Haute-Loire. Ce centre facilite les formalités pour les employeurs (il les immatricule, réceptionne leurs déclarations mensuelles, calcule les cotisations, déduit du montant des cotisations 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 décomptes de cotisations et les attestations fiscales permettant de bénéficier des réductions d'impôts et gère également les relations avec les salariés en leur délivrant les bulletins de salaire).

Ce dispositif a achevé sa montée en charge, en se substituant à la quasi-totalité des comptes employeurs de droit commun. En 2012, plus de 300 000 assistantes maternelles et 70 000 gardes d'enfant à domicile sont employés par 900 000 familles dans le cadre de ce dispositif.

Il enregistre également le plus fort taux de dématérialisation (94 % de volets sociaux dématérialisés en 2011) des services dématérialisés de la sécurité sociale en faveur des particuliers. Les services en ligne proposés sur internet aux parents employeurs et à leurs salariés sont particulièrement développés.

L'accroissement de la qualité de service, notamment pour les salariés, a conduit à améliorer l'information délivrée sur les bulletins de paie établis par le centre PAJEMPLOI. En outre, pour répondre aux besoins des parents employeurs, ceux-ci ont la possibilité de continuer d'utiliser le dispositif déclaratif PAJEMPLOI au-delà des 6 ans de l'enfant, lorsqu'ils cessent de bénéficier du CMG de la PAJE.

### **2.1.3. Le 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) et chèque emploi pour les très petites entreprises (CETPE) 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 sur la base d'un décompte établi par le 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).

Le nouveau dispositif a permis de gagner en lisibilité et en qualité de service. Au cours de l'année 2011, l'information des utilisateurs du TESE a été renforcée pour faire clairement état des obligations légales et conventionnelles restant à leur charge même lorsqu'ils ont adhéré au TESE. En outre, des travaux sont en cours pour faciliter, lors de l'adhésion au TESE, l'affiliation à un organisme de retraite complémentaire obligatoire et pour orienter l'employeur dans la recherche de sa convention collective. Les courriers d'information aux usagers et les modalités de remplissage des formulaires ont été revus. Des liens vers les sites des institutions partenaires ont été déployés.

Le TESE compte aujourd'hui 200 000 entreprises adhérentes, très majoritairement de moins de 3 salariés. Son utilisation est depuis 2011 (avec 80 000 salariés déclarés par mois) supérieure à celle du TEE et du CETPE qui lui préexistaient. Le taux de dématérialisation est de près de 85 %. Il reste concentré sur les plus petites entreprises.

## LES DIFFÉRENTES DÉCLINAISONS DU TESE

1/ Le titre emploi-simplifié agricole (TESA) géré par la MSA, simplifie pour sa part les formalités liées à l'embauche et à l'emploi des salariés sous contrat de travail à durée déterminée, inférieure ou égale à trois mois, dans le secteur agricole. Il fonctionne de manière similaire au TESE classique.

2/ Le titre de travail simplifié (TTS), mis en place par la loi d'orientation pour l'outre mer du 13 décembre 2000 dans ces départements ainsi qu'à Saint-Pierre et Miquelon et fonctionne 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. L'utilisation de ce dispositif reste très réduite : il compte environ 200 employeurs utilisateurs par mois. Ainsi il est prévu dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion de l'ACOSS pour la période 2010-2013 de réunir le TTS avec le TESE et le CESU et d'étendre l'usage du chèque-emploi associatif aux DOM, de manière à offrir en outre-mer une simplification équivalente à celle existant en métropole, tout en conservant les avantages de proximité du TTS.

3/ Une déclinaison du TESE a également été réalisée spécialement pour les employeurs étrangers qui n'ont pas d'établissement en France et qui sont donc adhérents du CNFE (cf. infra sur le CNFE). En effet depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, les entreprises étrangères ont accès aux services du « Titre firmes étrangères – TFE », sur le modèle du titre emploi-service entreprise (TESE), tandis que les particuliers employeurs non-résidents bénéficient d'un dispositif équivalent dénommé « Titre particulier employeur étranger – TPEE ».

Dans ce cas, les employeurs bénéficient non seulement du recouvrement des cotisations et contributions dues par un interlocuteur unique spécialisé dans la relation avec des personnes étrangères (et offrant ses services en plusieurs langues), du calcul des cotisations par le centre national des firmes étrangères (CNFE) situé à l'URSSAF de Strasbourg, ainsi que de l'établissement par celui-ci des bulletins de paie. Les supports déclaratifs sont également plus adaptés et entièrement dématérialisés. Les employeurs étrangers peuvent ainsi avoir des relations totalement dématérialisées avec le centre.

Le dispositif du TFE modifié est entré en vigueur à l'été 2011 et est en cours de montée en charge au cours de l'année 2012. Le nombre d'utilisateurs du Titre emploi firme étrangère est déjà significatif, plusieurs centaines quelques mois après son lancement (331 employeurs adhérents pour 736 salariés en juillet 2012).

4/ Le titre emploi forain (TEF) est une déclinaison spécifique 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 du Rhône dans le cadre du dispositif TESE. L'extension de la notion de CDD d'usage à de nouvelles catégories d'emplois dans le secteur forain a permis une simplification accrue des obligations déclaratives sur les formulaires du titre emploi forain dont la nouvelle version est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2010.

Toutefois, son usage reste très limité (quelques dizaines de salariés déclarés chaque mois).

#### **2.1.4. Le chèque-emploi associatif**

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

Par ailleurs, l'ordonnance du 18 décembre 2003 a instauré 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.

La coordination des deux dispositifs existants – CEA et Impact emploi – a été renforcée depuis plusieurs années, afin d'offrir à l'avenir un service unique de simplification pouvant comporter un volet d'assistance via des tiers de confiance dont Impact emploi avait démontré l'intérêt, notamment pour les associations sportives. Cette évolution s'est faite sans dégradation notable de la qualité des services, et en permettant des gains d'efficacité au sein des organismes.

Afin de simplifier le dispositif et en cohérence avec ce qui se pratique pour la plupart des autres titres simplifiés, l'obligation d'adhérer via un organisme bancaire a été supprimée par la loi du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, ce qui favorise l'adhésion directement sur internet.

Cette même loi avait procédé à un alignement de la situation des salariés rémunérés avec le CEA sur le droit commun en matière de congés payés. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, les employeurs n'ont plus à faire l'avance de l'indemnité de congés payés de 10 % chaque mois et les salariés n'ont plus besoin de provisionner mensuellement un dixième de leur salaire pour pouvoir se constituer une rémunération pour cette période. En contrepartie, le salaire est versé à l'occasion de la prise de congés selon les règles applicables à tous les salariés. Le centre national du CEA a accompagné les associations dans la mise en œuvre de cette réforme. Il convient de noter que, compte tenu de l'entrée en vigueur de la mesure au 1<sup>er</sup> janvier 2012, l'indemnité de 10 % a été versée pendant les premiers mois de la période de référence pour le calcul de l'indemnité de congés (c'est-à-dire les derniers mois de 2011). Aussi, le maintien de salaire au cours de l'été 2012 a seulement été partiel.

Par ailleurs, des travaux sont actuellement menés pour améliorer la notoriété du dispositif, en lien avec les fédérations sportives. L'accès au service du CEA et les informations fournies aux utilisateurs ont également été améliorés.

Le CEA est aujourd'hui utilisé par plus de 30 000 associations employeurs et concerne chaque mois plus de 65 000 salariés.

## **2.2. L'instauration de lieux unifiés de recouvrement et de guichets uniques**

La mise en place d'interlocuteurs uniques pour accomplir les formalités sociales a constitué depuis longtemps une voie privilégiée pour simplifier les démarches des cotisants.

Si les employeurs dont le personnel relève du régime social agricole bénéficient de longue date d'un guichet unique particulièrement abouti, à travers les caisses de la Mutualité sociale agricole, ceux dont le personnel relève du régime général ont bénéficié d'un même interlocuteur dont le champ de compétences s'est progressivement étendu à la plupart des prélèvements dus sur les salaires : ainsi le champ des contributions, taxes et cotisations recouverts par les URSSAF et, dans les DOM, par les Caisses générales de sécurité sociale, n'a cessé de s'étendre, simplifiant l'accomplissement des obligations déclaratives et de paiement des employeurs : contribution solidarité autonomie, contributions au FNAL, versement transport et en dernier lieu, contributions d'assurance chômage, sont venues s'ajouter au socle de base des cotisations de sécurité sociale, de la CSG et de la CRDS. De plus, les employeurs ayant des établissements relevant de plusieurs URSSAF déclarent et versent leurs cotisations auprès d'un seul organisme, soit à titre obligatoire (entreprises de plus de 2 000 salariés) soit sur option (entreprises d'au plus 2 000 salariés).

Par ailleurs, pour certaines catégories d'employeurs, en dehors des centres gérant l'ensemble des démarches des utilisateurs des titres simplifiés décrits ci-dessus, des guichets uniques importants, ont été créés : le GUSO (guichet ouvert aux employeurs non professionnels d'artistes du spectacle) et le CNFE (guichet unique ouvert aux entreprises étrangères n'ayant pas de représentation en France) cf. 2.2.3 et 2.2.4. Ces guichets uniques ont une vocation plus large que les titres simplifiés puisqu'ils gèrent l'intégralité de la relation de travail avec l'entreprise ou le particulier en un lieu unique. Ils peuvent d'ailleurs être combinés ou non avec des dispositifs de titres simplifiés. Ainsi le GUSO repose sur une déclaration simplifiée, de même que le CNFE sur option.

**Tableau 3 – Utilisation des dispositifs de guichet unique**

		Décembre 2010	Décembre 2011	
<b>CNFE</b>	Employeurs	5 791	5 956	
	Cotisations recouvrées	184 581 373	238 066 615	
		Juillet 2010	Juillet 2011	Juillet 2012
<b>GUSO</b>	Employeurs	511 818	546 252	578 973
	Salariés concernés	245 457	261 554	277 630
	Cotisations recouvrées	53 031 366	54 284 609	57 884 608

Enfin, le plus important de ces guichets uniques est celui ouvert en direction des artisans et commerçants.

### **2.2.1. L'interlocuteur social unique (ISU) pour les travailleurs non salariés**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, les 1,6 million d'artisans et commerçants disposent d'un interlocuteur social unique (ISU). Cette réforme contribue fortement à la réforme du système de couverture sociale de plus de 1,6 million d'artisans, industriels et commerçants (cf. encadré *infra*), 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.



## AVANT ET APRÈS L'ISU

Antérieurement à la création de l'ISU, le recouvrement des cotisations sociales était éclaté entre trois organismes au moins pour chaque catégorie de travailleurs indépendants. Par ailleurs, certains organismes étaient particuliers à certaines de ces catégories.

Les cotisations d'assurance vieillesse des commerçants étaient encaissées par l'ORGANIC, celles des artisans et industriels par la CANCAVA et celles des professionnels libéraux par l'une des 10 sections professionnelles de la CNAVPL (ou la CNBF pour les avocats).

Les cotisations d'assurance maladie et maternité étaient encaissées par la CANAM (avec délégation aux organismes conventionnés mutualistes ou assureurs), sauf pour les professionnels libéraux professionnels de santé relevant du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

Enfin les cotisations d'allocations familiales ainsi que les contributions sociales (CSG-CRDS) étaient encaissées par les URSSAF pour toutes les catégories.

L'ISU unifie la situation pour les artisans, commerçants et industriels : ceux-ci acquittent l'intégralité des cotisations et contributions au RSI, issu de la fusion de la CANAM, l'ORGANIC et la CANCAVA.

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) et à la CNAVPL ou la CNBF pour les cotisations de retraite.

L'ISU fait intervenir les caisses du RSI et les URSSAF. Une répartition des compétences entre les deux réseaux qui collaborent l'ensemble du processus a été déterminée par le décret du 3 mai 2007.

Les caisses locales du RSI assurent l'affiliation des artisans et des commerçants, leur accueil et leur information, ainsi que 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 forcé et 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 seront ensuite centralisées par l'ACOSS et transférées à la caisse nationale du RSI. En fonction de conventions signées au niveau local, les URSSAF participent à l'accueil et à l'information de l'artisan et du commerçant, toujours pour le compte et sous l'appellation du RSI. Elles sont par ailleurs chargées d'assurer le contrôle des cotisants.

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 a consisté à uniformiser le calendrier de recouvrement des cotisations 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 (maladie et maternité, vieillesse et invalidité-décès, allocations familiales, CSG et CRDS). 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.

Cette unification a révélé certaines carences du système pré-existant. Ainsi, un nombre significatif de comptes, correspondant à environ 100 000 personnes, ne couvraient pas tous les risques : cela signifiait que les cotisants ne payaient qu'une partie des cotisations et contributions dues.

Malgré les travaux préalables effectués, et même si la grande majorité des intéressés a pu bénéficier d'une offre de service d'une qualité satisfaisante, des difficultés, liées notamment à la nécessité de développements des systèmes d'information plus importants que prévus, ont touché un certain nombre de cotisants.

Les pouvoirs publics ont marqué leur volonté de ramener au plus vite la situation à la normale. Dans la période la plus récente, un plan d'actions de résorption des anomalies informatiques, annoncé le 24 février 2010 par les ministres des comptes publics et des PME, avait conduit les deux réseaux à mettre en place rapidement les développements nécessaires à la résorption des anomalies accumulées depuis la création de l'ISU. À cette occasion, une aide complémentaire a été allouée en au RSI dans le cadre d'un avenant à la convention d'objectifs et de gestion pour 2007-2011 liant l'État et le RSI afin d'assurer la réalisation d'un plan de résorption des dysfonctionnements et des retards. Le processus d'affiliation des travailleurs indépendants a aussi été révisé à cette occasion (cf. *infra*, 2.4.2.).

Toutefois, les pouvoirs publics ont constaté qu'en 2011 la relation avec nombre d'assurés restait dégradée, notamment en raison des retards accumulés dans la gestion des dossiers et de la lourdeur de certaines opérations requérant des vérifications spécifiques sans que les systèmes d'information le permettent de manière automatique. Aussi, un nouveau plan d'action détaillé arrêté avec la caisse nationale du RSI et l'ACOSS a été présenté par le Ministre du Travail, de l'emploi et de la Santé le 12 septembre 2011 afin d'accélérer les travaux en cours dans la perspective d'une gestion souple et automatisée dès le début 2012 pour l'ensemble des artisans et commerçants. Ce nouveau plan d'action vise avant tout à améliorer les relations avec les assurés. Il s'accompagne de moyens importants sous forme de recours temporaire à des effectifs supplémentaires afin d'accroître sensiblement l'accueil téléphonique et les délais de traitement des réclamations. En outre, une nouvelle offre de services en ligne aux cotisants a été déployée en 2012 pour éviter aux assurés de devoir demander des informations par téléphone (cf. *infra*, 2.4. 1.). La convention d'objectifs et de gestion (COG) 2012-2015 du RSI qui a été récemment conclue reprend et pérennise les objectifs du plan d'action.

Tous les dysfonctionnements sont identifiés et les travaux en vue de leur résolution progressive très activement menés continuent de faire l'objet d'un suivi attentif de la part des pouvoirs publics. Ainsi une présentation du plan d'actions et de ses premiers résultats a été faite aux membres de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale le 22 février 2012 à l'occasion d'une table-ronde.

L'amélioration pérenne de la situation de l'ISU suppose la construction d'un système d'information fiable permettant aux processus entre les deux régimes de fonctionner correctement et en toute sécurité. Ce nouveau dispositif (ISU2) est en cours de réalisation conjointe par le RSI et l'ACOSS pour une mise en service progressive prévue à partir de mi-2014.

## **LES MESURES DU PLAN D'ACTION DE SEPTEMBRE 2011 EN FAVEUR DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS ET LES PREMIERS RÉSULTATS EN 2011-2012**

Le plan d'action pour le rétablissement de la qualité de service du RSI aux travailleurs indépendants de septembre 2011 fait l'objet d'un suivi précis et rigoureux, sous forme de tableaux de bord bimensuels et de points de situation organisés régulièrement avec les responsables des caisses nationales. Des moyens exceptionnels temporaires équivalant à plusieurs centaines d'ETP ont été déployés. Des actions complémentaires ont été diligentées au cours de l'année 2012 pour couvrir les besoins.

- Les situations les plus problématiques (comptes incomplets pour lesquels toutes les cotisations n'étaient pas calculées, personnes non affiliées, notamment) ont été résolues, par vagues depuis 2010, avec un achèvement fin 2011.
- La qualité de service s'améliore nettement: depuis début 2012, le taux de décroché téléphonique respecte l'objectif de 90 % minimum. Une action d'amélioration de la qualité des réponses données au téléphone et de meilleure orientation va être menée en complément.
- Les réclamations doivent être traitées dans un délai de 48 heures à 8 jours au maximum pour les plus urgentes (bien que peu nombreuses, les réclamations « urgentes » sont celles portant sur des dysfonctionnements lourds: poursuites engagées à tort, etc.). Ces délais sont respectés dans 86 % des cas à ce jour.
- L'objectif de radier 90 % des travailleurs indépendants demandant leur radiation en moins de 10 jours est presque atteint depuis le printemps 2012, alors que fin 2011 seul un dossier sur deux était radié en 10 jours.
- Près de 70 % des affiliations sont faites en moins de 20 jours (l'objectif est de 90 %), ce qui constitue un net progrès par rapport à 2011 contre seulement où seulement 30 % étaient finalisées dans ce délai. En moyenne, depuis janvier, 95 % des affiliations sont faites en moins de 60 jours, contre seulement 40 % fin 2011.
- Des mesures de relance amiable, par téléphone, sont déployées pour permettre le règlement des difficultés de paiement de manière facilitée avant d'engager des poursuites.

### **2.2.2. La collecte des contributions chômage et des cotisations AGS par la branche recouvrement**

Le transfert du recouvrement des contributions chômage et des cotisations dues au titre de l'AGS aux URSSAF et CGSS (sauf pour certains publics spécifiques) s'insère dans le cadre d'une réforme plus vaste de réorganisation du service public de l'emploi, qui a fusionné le réseau des ASSEDIC et de l'ANPE et réorienté les actions de la nouvelle entité, Pôle emploi, vers les missions d'accompagnement et de placement des demandeurs d'emploi. La décision de confier le recouvrement des contributions chômage à l'acteur principal du recouvrement des prélèvements sur les salaires répond à un souci d'efficacité globale et prolonge les initiatives précédentes, notamment la délégation du contrôle des contributions chômage aux Urssaf, mise en œuvre en 2008.

Effectif depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, le recouvrement des contributions chômage et cotisations AGS par les Urssaf et les CGSS se traduit par une réelle simplification pour les employeurs, non seulement par l'unicité d'interlocuteur pour les déclarations et le versement des contributions, mais aussi par l'application aux contributions chômage des règles de recouvrement et de contentieux homogènes avec celles ayant trait aux cotisations de sécurité sociale.

Concrètement, l'unification de la collecte a permis de supprimer des millions de déclarations pour Pôle emploi. Les contributions chômage sont déclarées et versées simultanément aux cotisations et contributions de sécurité sociale.

Le succès de cette réforme a reposé notamment sur la mise en place d'une phase pilote pour des entreprises volontaires puis d'une phase d'application anticipée dans la région Rhône à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2010, qui ont permis de sécuriser les processus avant la généralisation du dispositif et sur un accompagnement des entreprises. En 2011, les Urssaf et les CGSS ont ainsi recouvré 27,05 milliards d'euros de contributions pour le compte de l'UNEDIC et de l'AGS sans qu'aucun dysfonctionnement ne soit survenu.

### **2.2.3. Le guichet unique pour le spectacle vivant (GUSO)**

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

Le GUSO permet d'accomplir, auprès d'un centre unique localisé à Annecy et géré par Pôle 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 proche de 30 %. Depuis juin 2011, les actions de communication auprès des employeurs ont été renforcées pour inciter à la déclaration et au paiement dématérialisé.

Le GUSO doit gagner en efficacité. En effet son coût de gestion est relativement élevé, compte tenu notamment de la gestion nominative des employeurs dans le cadre de ce dispositif, de la modestie du montant moyen des cachets déclarés et de l'ensemble des services offerts par ce guichet. De premières actions ont été conduites par Pôle Emploi pour réduire ce coût. Elles devraient permettre près de 15 % d'économies sans dégradation de la qualité de service.

### **2.2.4. Le centre national des firmes étrangères (CNFE)**

Un guichet unique des entreprises étrangères 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. Il simplifie pour les entreprises étrangères l'immatriculation en France en offrant un point d'entrée unique dont les services sont accessibles en plusieurs langues. Ce guichet unique centralise depuis sa création le recouvrement des cotisations sociales de ces entreprises où que soit exercée leur activité en France.

Toutefois, ces entreprises restaient gérées dans un cadre du système déclaratif de droit commun, très différent souvent de leur environnement administratif habituel puisque dans la plupart des pays européens, les cotisations sont recouvrées selon un système de « facturation », alors qu'en France c'est l'employeur qui les calcule. En outre, les formulaires déclaratifs de droit commun, même traduits et avec une aide au remplissage, restent difficiles à maîtriser pour les entreprises étrangères.

Aussi une réforme de ce guichet est intervenue dans le cadre de la LFSS pour 2011 afin d'offrir aux entreprises qui le souhaitent une prise en charge complète des formalités liées à l'embauche et l'emploi d'un salarié sous le modèle du TESE (cf. encadré *supra* relatif aux déclinaisons du TESE).

Par ailleurs, le CNFE offre aussi aux particuliers employeurs non-résidents la possibilité de s'acquitter de leurs obligations sociales par avance de manière à attester s'être conformé au droit français, ce qui facilite leurs démarches en France et l'entrée de leurs salariés sur le territoire pour de courts séjours.

Au total près de 6000 entreprises établies dans une centaine de pays utilisent le CNFE et ont acquitté en 2011 238 millions d'euros de cotisations sociales.

### **2.3. La mutualisation et la simplification des déclarations sociales dématérialisées**

La dématérialisation des déclarations est quasiment généralisée en matière sociale. Ce niveau très élevé permet désormais dans de nombreuses situations de s'affranchir des contraintes des destinataires multiples, des délais de transmission et autorise aussi des contrôles de qualité en temps réel.

La progression de la télédéclaration a en effet été massive et complète: l'utilisation de la dématérialisation dépasse 80 % des usages pour la quasi-totalité des déclarations. Toutes les déclarations sociales peuvent désormais être faites par voie électronique, souvent au moyen de plusieurs canaux et selon des formats différents selon les besoins des usagers: saisie en ligne, dépôt d'un fichier normé, envoi automatique par le logiciel. Tous les types de cotisants sont concernés, non seulement les particuliers ou les associations notamment dans le cadre des titres simplifiés et guichets uniques (cf. *supra* 2.1.), mais aussi les entreprises, employeurs comme travailleurs indépendants, et de toute taille.

**Tableau 4 - Progression de la télétransmission des déclarations sociales**

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>DUCS – déclarations de cotisations sociales (déclarations mensuelles, trimestrielles et tableaux récapitulatifs annuels)</b>					
Nombre de télétransmission	4 670 000	6 210 000	7 550 000	8 440 000	9 952 205
<b>DADS-U – déclarations annuelles des données sociales par établissements et relatives aux salaires de l'année considérée</b>					
Nombre de télétransmission	1 775 806	1 934 571	1 991 510	2 030 670	2 035 427
Proportion de télétransmissions	88,36 %	94,97 %	97,37 %	98,77 %	99,23 %
<b>DPAE – déclarations préalables à l'embauche</b>					
Nombre de télétransmission	ND	ND	25 246 413	29 710 156	32 357 338
Proportion de télétransmissions	ND	ND	77,14 %	80,74 %	82,20 %
<b>DCR (déclaration de revenu des travailleurs indépendants)</b>					
Nombre de télétransmission	255 281	373 137	482 482	616 791	776 447
Proportion de télétransmissions <sup>(1)</sup>	13,60 %	19,00 %	23,80%	32 %	36,22%

(1) Ces taux sont calculés sur la base de l'ensemble des DCR émises. Ces taux doivent être dégradés d'1/10e pour tenir compte des déclarations tardives (déclarations effectuées au-delà de la date de fermeture de net-DCR) et des absences de déclarations (taxation d'office).

Sources: ACOSS, CNAVTS, GIP-MDS

La sécurité sociale et plus largement la protection sociale ont très tôt mis en place les moyens permettant de faire de cette dématérialisation un véritable vecteur de simplification. La dématérialisation s'est accompagnée d'un double effort : le développement d'une offre de services en ligne d'une part, la mutualisation des déclarations et leur simplification intrinsèque d'autre part.

### **2.3.1. Le développement des offres de services en ligne**

#### **Net-entreprises**

Le développement d'une offre de services unifiée et complète à destination des entreprises du secteur privé a été principalement permis par la création en 2000 du groupement d'intérêt public « Modernisation des déclarations sociales » (GIP-MDS).

Le GIP-MDS regroupe les organismes nationaux de protection sociale tous régimes confondus, comprenant l'ensemble des organismes de sécurité sociale, Pôle Emploi et l'UNEDIC, l'Agirc-Arrco, les institutions de prévoyance, la FNMF et la FFSA, les caisses de congés payés du BTP et du spectacle, des organisations professionnelles patronales, des organisations syndicales de salariés, des représentants des experts-comptables et des éditeurs de logiciels de paie.

Il a pour mission de promouvoir les déclarations sociales dématérialisées et d'offrir un accès simplifié et sécurisé à ces déclarations sur le portail « Net-entreprises.fr ».

Chaque entreprise peut, par une inscription unique sur ce portail, bénéficier de tout ou partie des services offerts par l'ensemble des organismes partenaires. Net-entreprises donne ainsi accès à la totalité des services déclaratifs (DUCS, DADS-U, DPAE, DCR pour les principales – cf. *infra*) en un lieu unique. Lorsque les déclarations sont accompagnées d'un paiement, le télépaiement est possible.

Le nombre d'entreprises inscrites à net-entreprises a progressé de 20 % en 2011 par rapport à 2010, pour atteindre 2,4 millions. On estime que 2 entreprises sur 3 en France sont adhérentes au service en 2012, tous types d'entreprises confondus. En 2011, plus de 18,5 millions de déclarations sociales ont été effectuées sur ce portail, ce qui constitue une progression près de 10 % par rapport à l'année précédente, très significative malgré la suppression de plusieurs formalités déclaratives, notamment du fait du transfert aux URSSAF de l'encaissement des cotisations d'assurance chômage qui a supprimé l'équivalent de 2,5 millions de déclarations sociales qui étaient faites via Net-entreprises.

Le GIP-MDS approfondit progressivement son offre de services pour faciliter le recouvrement des prélèvements sociaux et permettre aux entreprises d'accomplir les formalités sociales qui leur incombent (par exemple les attestations de salaires pour les indemnités journalières et les déclarations d'accident du travail). Les services aux déclarants sont améliorés (mise à disposition d'outils de précontrôle, retour informations sur la qualité des déclarations effectuées, mise en place d'alertes et de rappels). Des fonctions spécifiques sont par ailleurs offertes aux tiers déclarants (experts comptables) : service de gestion par portefeuille, assistance téléphonique dédiée et généralisation de la possibilité de déclaration par dépôt de fichier directement à partir des logiciels, notamment). Enfin, les organismes de protection sociale ont développé de nouveaux outils tel le compte « accidents du travail-maladies professionnelles » (cf. *supra*. 1.2.).

Outre cette offre de services dont il assure la gestion, le GIP-MDS est aussi un lieu d'expertise fortement impliqué dans les projets de modernisation des déclarations et données sociales, et notamment le projet de déclaration sociale nominative (DSN – cf. *infra* 2.3.2.).

### Les services en ligne des organismes

Les organismes de recouvrement (URSSAF et CGSS, RSI et MSA) offrent un grand nombre de services aux cotisants en ligne. L'accès des entreprises aux dispositifs de déclarations sociales est généralement effectué via net-entreprises (cf. *supra*) mais peut également se faire directement auprès des sites et portails internet des organismes.

S'agissant des organismes de la branche recouvrement (URSSAF, CGSS), la COG 2010-2013 prévoit la mise en place d'un service appelé « relation 100 % dématérialisée » avec les entreprises. Il s'agit de proposer par voie dématérialisée l'intégralité des services nécessaires aux entreprises dans leur relation avec les URSSAF, accessibles en ligne 7 jours/7. Les services et informations disponibles dans le premier palier délivré en 2012 sont notamment :

- la délivrance d'attestations dématérialisées (attestations de vigilance, attestations de marchés publics) aux cotisants dans leur espace personnel en ligne;
- la réponse automatique à une partie des demandes de délais de paiement;
- les relances amiables par mail (notamment l'envoi d'alertes courriels le jour de l'échéance aux cotisants adhérent);
- l'amélioration des différentes fonctionnalités des services en ligne.

Dans le cadre d'un deuxième palier, fin 2012 ou début 2013, sont envisagées les mises en ligne des services suivants :

- l'adaptation des services dématérialisés par profilage des abonnés du bouquet de services, visant à optimiser l'offre d'abonnement aux services;
- le renforcement des relations avec les partenaires (tribunaux de commerce, gestion dématérialisée des contrats aidés et des demandes d'ACCRES; dématérialisation des flux avec la Maison des Artistes et l'Agessa);
- la mise en place de « services + » : paiement par carte bleue pour les auto-entrepreneurs par exemple;
- la mise en place d'une gamme de services sur smartphones.

Le RSI a développé des services en ligne dans une logique similaire, conjointement avec la branche recouvrement, dans le cadre de l'ISU (cf. *supra*, 2.2.1). Les services en ligne permettent aux travailleurs indépendants ou leur expert comptable depuis janvier 2012 :

- l'accès au compte en ligne récapitulant l'échéancier de paiement, les paiements effectués et les soldes restants dus;
- l'utilisation de simulateurs de calculs pour anticiper le montant des cotisations dues;
- la modification en ligne des échéanciers sur la base des revenus estimés de l'année en cours en cas de difficultés de paiement;
- le téléchargement d'attestations en ligne (compte à jour, etc.).

Pour les particuliers employeurs, outre les nombreux services déjà disponibles, le projet actuellement en cours de réalisation d'espace numérique pour les particuliers employeurs et leurs salariés apportera de nouvelles possibilités aux utilisateurs (cf. encadré *infra*).

## **LE PROJET D'ESPACE NUMÉRIQUE DES PARTICULIERS EMPLOYEURS ET DES SALARIÉS DES SERVICES À LA PERSONNE**

Plus encore que les petites entreprises, les particuliers assumant directement une responsabilité d'employeur doivent être accompagnés pour disposer des informations et des outils nécessaires à la bonne gestion de cette relation. Les salariés, qui ont souvent affaire à plusieurs particuliers simultanément, ont aussi souvent des besoins d'informations sur leurs droits et devoirs.

Or, les foyers qui recourent aux services de salariés pour leurs enfants (assistantes maternelles, garde d'enfants), l'assistance à domicile ou des travaux de ménage, d'entretien ou de jardinage au moyen d'un dispositif simplifié type CESU ou PAJEMPLOI sont aujourd'hui au total près de trois millions. Plus d'un million de salariés est employé chaque mois dans le cadre de ces dispositifs.

Pour satisfaire toutes les attentes et les souhaits d'information des employeurs comme des salariés les organismes et administrations concernés se sont organisés sous l'impulsion de la direction de la sécurité sociale pour imaginer un espace numérique de référence, rassemblant leurs services dédiés ou intéressant la relation du particulier employeur avec son salarié. Conduit avec l'appui de la DGME, le projet s'est appuyé sur des propositions des usagers, employeurs et particuliers. L'espace rassemblera en un lieu unique l'accès à ces organismes. Il doit orienter vers la documentation adaptée aux profils des demandeurs, ainsi qu'aux services utiles pour la recherche d'emploi, sa déclaration et sa gestion. Une première version du service doit être testée pour un déploiement en 2013.

L'ACOSS, ainsi que les centres nationaux CESU et PAJEMPLOI, la CNAF, la Fédération des particuliers employeurs (FEPEM), l'Institut de retraite complémentaire des employés de maison (IRCEM), Pôle Emploi, la CNAVTS et la CNAMTS se sont regroupés pour réaliser le projet et ont contribué par des propositions à sa conception. Les représentants des salariés seront également associés au projet, qui fera l'objet d'une consultation de panels usagers avant son déploiement.

### **2.3.2. Les déclarations sociales dématérialisées simplifiées et mutualisées**

La mutualisation des déclarations et leur simplification réglementaire concernent les principales déclarations sociales : il s'agit pour les employeurs de la DUCS et de la DADS-U que la DSN a vocation à terme à remplacer et de la DUE ; il s'agit de la DCR ou de la déclaration de revenus des PAM pour les travailleurs indépendants.

#### ***La déclaration unifiée de cotisations sociales (DUCS)***

La DUCS (déclaration unifiée de cotisations sociales) sert à la déclaration et au paiement des contributions et déclarations sociales des salariés. Il s'agit d'une déclaration électronique normée selon des standards proches entre les URSSAF, POLE EMPLOI, les institutions de retraite complémentaires, les organismes de prévoyance et les caisses de congés payés du bâtiment lorsque l'employeur relève de ce secteur. La DUCS est une déclaration dématérialisée utilisée de manière périodique (mensuelle, trimestrielle et annuelle concernant les tableaux récapitulatifs de cotisations) par les employeurs pour déclarer le montant des cotisations et contributions qu'ils doivent. Elle se substitue aux formulaires papiers, destinés à chacun de ces organismes, et qui sont dénommés « bordereaux récapitulatifs des cotisations » (BRC) pour les cotisations et contributions dues aux URSSAF. Les DUCS, comme les BRC, doivent normalement être associés à un paiement de cotisations sociales, sauf en cas de difficulté de paiement.



Les DUCS constituent donc la déclaration centrale en matière de recouvrement des cotisations. La quasi-totalité des cotisations et contributions encaissées par les URSSAF auprès des employeurs, soit environ 300 milliards d'euros chaque année, le sont au moyen de ces déclarations. Leur bonne réalisation, dans des conditions de simplicité et de fiabilité, par les employeurs, est donc une condition clé de fonctionnement du dispositif de protection sociale. Une grande attention est donc accordée à faciliter leur réalisation.

En 2011 et 2012, il a progressivement été mis fin à la pratique qui consistait pour certains déclarants à éditer des DUCS en format papier. Bien que cette modalité fût tolérée jusqu'à présent, elle faisait perdre tout son intérêt au dispositif puisque les déclarations, pourtant établies par des logiciels tout à fait adaptés, n'étaient pas transmises sous format dématérialisé et présentaient des risques d'erreurs d'intégration plus importants. La progression de la dématérialisation des déclarations de cotisations a été d'autant plus rapide.

Il convient également de noter que l'article 41 de la loi de simplification du droit et d'allègement des démarches administratives du 22 mars 2012 a abaissé significativement le seuil à partir duquel les employeurs sont tenus de déclarer leurs cotisations par voie dématérialisée. Ainsi, ceux qui ont déclaré plus de 100 000 euros au titre de 2011 y sont tenus depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et ceux qui auront déclaré plus de 50 000 euros en 2012 devront déclarer par voie dématérialisée en 2013.

Les résultats en termes de progression de la dématérialisation sont tout à fait spectaculaires. S'agissant des déclarations de cotisations sociales, c'est-à-dire des déclarations faites mensuellement ou trimestriellement par les employeurs pour chaque établissement, 68,8 % des établissements au 31 décembre 2011 ont utilisé la voie dématérialisée (la DUCS), contre 50,6 % en 2010 et 31,5 % en 2007. À la fin de l'année 2012, ce taux devrait dépasser 80 %.

#### LA RATIONALISATION ET L'UNIFICATION DE LA DUCS

La DUCS n'est pas véritablement une déclaration unique puisqu'en pratique les différents organismes (URSSAF, retraite complémentaire, mutuelles) demandent que les déclarations et paiements de cotisations soient effectués à des dates différentes. En outre, elle n'est pas exactement identique entre ces organismes.

Sans méconnaître les contraintes inhérentes à l'existence de plusieurs organismes distincts de protection sociale obligatoire et complémentaire, le Gouvernement a initié en 2012, en lien avec la DSN, un chantier de redéfinition et normalisation du contenu et du standard de la DUCS afin de parvenir à une définition à un format proche de celui de la DADS. Cette normalisation passe par une définition exacte des données nécessaires à l'établissement des DUCS et si possible leur réduction.

En outre, comme pour la DADS-U, l'objectif est de tenir à disposition de manière aisée les informations nécessaires aux entreprises pour la mise à jour des logiciels de paie et de cotisations sociales. Ces travaux seront menés avec l'appui du comité de normalisation des données sociales (voir encadré *infra*, 2.4.3.).

#### ***La déclaration annuelle de données sociales (DADS) et la DADS unifiée (DADS-U)***

La déclaration annuelle de données sociales est une déclaration essentielle pour les sphères sociale et fiscale. Elle est généralement effectuée de manière unifiée pour le compte de plusieurs organismes et administrations ; elle est alors dénommée déclaration automatisée de données sociales unifiée ou DADS-U. Elle est accomplie par près de 2 millions d'employeurs et présente le niveau de dématérialisation le plus élevé pour une déclaration non obligatoirement réalisée par voie électronique, soit 99,8 % en 2012 (DADS par salariés).

La DADS-U complète les déclarations de cotisations comme les DUCS, puisqu'elle n'est effectuée qu'une fois par an mais permet de détailler salarié par salarié les rémunérations versées, alors que les déclarations de cotisations réalisées au fil de l'eau au cours de l'année ne comportent que le montant global des rémunérations et cotisations de l'entreprise.

La DADS-U permet principalement de déterminer les droits à l'assurance retraite et à l'assurance maladie des salariés, de vérifier les déclarations de cotisations sociales de l'employeur, de déterminer le taux de certaines cotisations, de recueillir des données statistiques, ainsi que de pré-remplir les déclarations fiscales de revenus. Elle concerne les salariés du secteur privé non rémunérés par des titres simplifiés, les salariés de certains établissements publics et d'entreprises publiques, les salariés de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière, les agents non titulaires de la fonction publique d'État et des collectivités locales, les fonctionnaires détachés auprès d'employeurs privés et les personnes recevant des honoraires et des droits d'auteur.

Compte-tenu de l'importance des fonctions ainsi accomplies par la DADS, l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 l'a réformée et a établi ses règles de fonctionnement sur des bases législatives claires. La norme déclarative applicable à chaque année doit ainsi être soumise à l'approbation du ministre compétent. Ces modalités ont été précisées par décret.

Les données collectées au moyen de la DADS-U sont réparties entre 28 administrations ou organismes de protection sociale. La liste des destinataires des données de la DADS-U a été étendue à nouveau en 2012. Le décret du 28 décembre 2011 prévoit l'entrée de trois organismes dans ce dispositif (Association pour la prévoyance collective, Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes - CAVIMAC, Agence des services de paiement) et le regroupement de deux nouvelles déclarations dans la déclaration annuelle des données sociales (déclaration annuelle des rémunérations versées aux enseignants de l'enseignement privé sous contrat avec l'État et déclaration annuelle pour les associations culturelles).

Pour répondre à de nouveaux usages et faciliter son accomplissement par les employeurs, la norme informatique qui sert de support à cette déclaration a été profondément rénovée et rationalisée. Élaborée avec le concours des organismes et administrations recevant la DADS-U et des représentants d'experts-comptables et d'éditeurs de logiciels de paie, approuvée par voie d'arrêté, cette norme (dite 4DS) a été utilisée pour la première fois pour la DADS sur les salaires 2011 qui devait être accomplie au plus tard le 31 janvier 2012.

Afin de faciliter la réalisation du changement de norme informatique pour les entreprises et les éditeurs de logiciels de paie, des possibilités de test préalable ont été offertes dès le milieu de l'année 2011 et un accompagnement renforcé des déclarants mis en place. Un suivi attentif de la campagne de déclaration a été réalisé. La date limite de dépôt a ainsi été différée de 8 jours afin de permettre aux entreprises ayant reçu tardivement les mises à jour de logiciel déclaratif de la part de leur éditeur de logiciel de ne pas être pénalisées. Un suivi par enquêtes auprès des entreprises déclarantes a été réalisé, qui permettra de compléter le bilan du déroulement de la campagne et d'apporter les solutions correctives pour les prochaines campagnes déclaratives.

### ***La Déclaration préalable à l'embauche (DPAE)***

Jusqu'en 2011, coexistaient même si elles étaient profondément intégrées 2 déclarations devant être accomplies par l'employeur avant toute embauche, l'une (la DUE ou déclaration unique d'embauche) englobant l'autre (la DPAE ou déclaration préalable à l'embauche). Toutefois, un examen attentif des informations demandées dans cette déclaration et des usages des différents organismes a permis de constater que certaines demandes ne correspondaient plus toujours à des besoins justifiés.

Aussi, la direction de la sécurité sociale a-t-elle entrepris de recenser les nouveaux besoins et de supprimer les informations dont l'utilité pouvait être rediscutée. La nouvelle déclaration, mise en place depuis le 1<sup>er</sup> août 2011 et dont le nom se limite à la « déclaration préalable à l'embauche » prévue par le code du travail, est considérablement allégée puisque près d'une rubrique sur trois a été supprimée. Un pré-remplissage des rubriques restantes (identification de l'établissement ou des salariés déjà employés au cours d'une période récente) allège encore la tâche des déclarants et favorise davantage le recours au service en ligne. Il sera également possible d'accéder en 2013 à ce service par téléphone connecté à Internet, qui vise plus particulièrement les employeurs itinérants.

Plus de 39 millions de DPAE ont été réalisées en 2011 dont 82 % de manière dématérialisée. L'article 41 de la loi de simplification du droit et d'allègement des démarches administratives du 22 mars 2012 prévoit que les entreprises qui ont réalisé plus de 1 500 DPAE en 2011 doivent opter pour la télédéclaration en 2012. Ce seuil est abaissé à 500 à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013. Cette règle garantira que les entreprises qui embauchent le plus fréquemment effectuent leurs déclarations selon les procédés les plus sécurisés.

### La Déclaration sociale nominative (DSN)

En 2011-2012, le projet DSN a franchi des étapes décisives. Ce projet de déclaration sociale nominative vise à permettre d'unifier et simplifier le système déclaratif des données sociales par la transmission périodique par les employeurs aux organismes de protection sociale, via un point unique de dépôt, de données relatives à l'emploi, aux rémunérations et cotisations des salariés à un rythme mensuel, sous forme harmonisée et dématérialisée à partir des logiciels de paie.

La DSN a vocation à se substituer aux déclarations sociales périodiques et annuelles (DUCS et DADS notamment) et à certaines déclarations suscitées par des événements particuliers, tels que l'arrêt de travail pour maladie ou les attestations de salaires à Pôle emploi pour l'ouverture du bénéfice des assurances chômage. Il s'agit donc d'un projet de très grande ampleur.

À la demande des pouvoirs publics, le GIP-MDS (cf. *supra* 2.3.1.) avait conduit une première étude sur la création d'un tel dispositif, remise à l'été 2009. Toutefois, si elle a fait apparaître les gains que présenterait la déclaration pour les organismes de protection sociale, les entreprises et les salariés, cette étude requerrait des approfondissements. Aussi, des travaux complémentaires ont été menés par le GIP-MDS pour clarifier certains aspects, et une mission IGAS-IGF a été menée, qui a rendu son rapport au premier semestre 2011 sur les conditions de réussite du lancement de la DSN et l'adaptation de la norme 4DS aux impératifs de simplification requis pour la DSN.

L'article 37 de la loi de simplification du droit et d'allègement des démarches administratives du 22 mars 2012 (créant l'article L.133-5-3 du code de la sécurité sociale) prévoit l'entrée en vigueur de la DSN par étapes à partir de 2013.

Dans une première phase, les entreprises volontaires pourront sur la base de la transmission du détail nominatif des salaires versés chaque mois être exemptées des déclarations spécifiques pour le calcul des indemnités journalières en cas de maladie (DSIJ) ou de la transmission à Pôle Emploi des attestations de salaires en cas de fin de contrat (attestations employeurs ou AE). S'y ajoutera l'exemption de la déclaration de mouvements de main d'œuvre (DMMO) à usage statistique. Le déploiement complet du système qui se substituera à terme à toutes les autres déclarations est prévu pour 2016.

Outre Pôle Emploi, l'UNEDIC, la CNAMTS et la MSA, le chantier de la DSN pour 2013 concerne aussi fortement la CNAVTS et l'ACOSS, non pas au titre de leurs missions propres mais en tant qu'opérateurs techniques de la déclaration puisque les données seront respectivement collectées et conservées par leurs outils. Les travaux concernent également les organismes de protection sociale complémentaires retraite (ARRCO-AGIRC) et maladie (FFSA, CTIP, FNMF) associés au projet. Ils sont pilotés, comme l'a recommandé le rapport de l'IGF et de l'IGAS en 2011, par l'État, représenté par M. Jean-Louis Bühl, désigné par les ministres chargés de la sécurité sociale, comme responsable de la maîtrise d'ouvrage stratégique du projet.

Compte tenu de ce calendrier resserré pour la première phase, les travaux ont été lancés dès la fin de l'année 2011. Dès la fin de l'année 2012, en parallèle à la réalisation des tests avant le lancement opérationnel de la première phase de la DSN, les travaux relatifs à sa deuxième phase, qui élargira le périmètre de la déclaration nominative au recouvrement des cotisations sociales, seront engagés.

### LA NORMALISATION DES DONNÉES SOCIALES

L'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoit que les déclarations sociales dématérialisées doivent être réalisées selon des normes informatiques arrêtées par le Ministre.

Le décret du 16 avril 2012 relatif au comité de normalisation des données sociales, complété par un arrêté du 17 avril, a déterminé les conditions de fonctionnement de l'instance chargée de rationaliser et simplifier les données sociales. Cette instance, le comité de normalisation des données sociales déclaratives et de leurs échanges, comprend des représentants des organismes de protection sociale et administrations concernés. En son sein, un comité des usagers réunit des professionnels de la paie et de l'expertise comptable issus d'entreprises utilisatrices. Le comité, présidé par M. Jean-Louis Bühl, désigné par les ministres chargés de la sécurité sociale, a été installé dès le 17 avril 2012.

Le comité a pour mission d'établir un document dénommé « référentiel des données sociales », au vu du recensement des éléments figurant dans l'ensemble des déclarations incombant aux employeurs en application de dispositions législatives ou réglementaires ou de stipulations conventionnelles rendues obligatoires par de telles dispositions. Ce travail permettra de disposer d'un répertoire complet et clair sur les données demandées par l'ensemble des organismes sociaux.

Par ailleurs le comité soumet à l'approbation des ministres une proposition de norme d'échanges sous la forme d'un document appelé « cahier technique de la norme », accompagné d'un rapport présentant les choix effectués et leur impact, pour l'accomplissement de la DADS. Ce « cahier technique » décrit la manière dont doivent être déclarées les données par voie électronique.

Enfin le comité fait toute proposition utile de simplification, homogénéisation ou suppression de données collectées. Le Comité doit arrêter son programme de travail en 2012 et axer ses premiers travaux sur les données qui sont dans le champ de la déclaration sociale nominative (DSN).

### La déclaration commune de revenus (DCR)

Chaque année, les travailleurs indépendants ont deux obligations déclaratives s'agissant de leurs revenus : d'une part, la déclaration professionnelle de résultats auprès des services fiscaux (DGFIP) et d'autre part, la déclaration commune de revenus (DCR) auprès des organismes sociaux pour le calcul des cotisations et contributions sociales.

La loi de modernisation de l'économie du 4 août 2008 avait donc prévu de supprimer la déclaration commune de revenus au profit d'une transmission des informations nécessaires à l'assiette sociale par la DGFIP aux organismes sociaux. Suite au retard pris dans la mise en œuvre du projet, le Gouvernement a demandé qu'une mission de l'IGAS soit menée en appui aux organismes. Celle-ci a estimé que l'engagement tardif de cette opération constituait un risque pour le projet. Parallèlement, les expérimentations ont montré un manque d'exhaustivité du remplissage par les déclarants des nouvelles cases présentes sur les formulaires fiscaux, ce qui

aurait obligé à prévoir un dispositif large de relance. Ces deux raisons expliquent principalement le choix, opéré par l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, de renoncer au schéma et au calendrier envisagés.

Néanmoins, l'intérêt de faciliter pour les travailleurs indépendants l'accomplissement de cette déclaration simultanément à la déclaration de revenus à l'administration fiscale demeure. Aussi, un travail sera mené pour simplifier de manière importante le formulaire de la DCR et faciliter la réalisation des deux déclarations fiscales et sociales par rapprochement entre les services de net-entreprises et ceux des impôts.

### Les déclarations de revenus des praticiens et auxiliaires médicaux

À la différence des autres travailleurs indépendants, les praticiens et auxiliaires médicaux (PAM) doivent pour la quasi-totalité d'entre eux déclarer leurs revenus aux URSSAF afin de bénéficier de la prise en charge partielle de leurs cotisations. En effet, en contrepartie du respect du tarif opposable, l'assurance-maladie prend en charge dans des conditions prévues par les conventions passées avec les professionnels la quasi-totalité de leurs cotisations d'assurance maladie et une partie des cotisations d'allocations familiales.

Ce mécanisme conduit les PAM à déclarer chaque année, pour la répartition de leurs cotisations entre les sommes prises en charge et les sommes restant à acquitter, le montant de leurs honoraires effectués dans le respect des tarifs opposables. Cette déclaration spécifique a été unifiée et simplifiée en 2011. Il a en effet été mis en œuvre un pré-remplissage des déclarations de revenus par les caisses d'assurance maladie à partir des honoraires connus de celles-ci dans le cadre de leurs activités de remboursement des actes aux assurés. Naturellement ces données peuvent être modifiées en cas d'inexactitude. En outre, la lisibilité du calcul des cotisations a été améliorée. Dès 2012, il est désormais explicitement fait mention dans les appels de cotisations du montant des cotisations prises en charge et de celles restant à sa charge.

## **2.4. Les mesures d'amélioration des relations entre les entreprises et les organismes et de simplification des règles de prélèvement**

---

### **2.4.1. La simplification des règles de prélèvements en faveur des employeurs**

Certaines règles de prélèvement des cotisations sociales présentent pour les employeurs une charge administrative importante. Elles conduisent parfois à des erreurs dans les paiements détectées à l'occasion de contrôles réalisés par les URSSAF. Des groupes de travail réalisés en 2010 et 2011 ont ainsi permis d'aboutir à des mesures de simplification concrètes. Deux mesures récentes sont particulièrement à signaler.

#### **L'homogénéisation des seuils d'effectifs applicables aux prélèvements sociaux**

L'assujettissement à certains prélèvements sociaux varie en fonction de la taille de l'entreprise exprimée en nombre de salariés. De même certaines exonérations obéissent à des règles différentes en fonction de l'effectif. Or ces seuils étaient souvent légèrement différents d'un texte législatif à l'autre (cf. tableau *infra*), sans que ces écarts paraissent réellement justifiés par les objectifs poursuivis par le dispositif. Cela conduisait les entreprises pour apprécier si elles remplissent les conditions prévues par chaque dispositif à devoir calculer leur effectif selon les règles et au regard du seuil propres à ce dispositif. Il en résultait une charge administrative mais surtout un risque d'erreur accru dans la bonne application des textes.

Afin de résoudre les difficultés d'application de ces règles de calcul, et après la généralisation par décret des modalités de calcul des effectifs en 2009 selon un effectif moyen annuel, les lois adoptées en 2012, notamment la loi de finances rectificative du 16 août 2012, ont permis des harmonisations de définition pour les principaux prélèvements (modifications soulignées dans le tableau *infra*)

Ainsi, le seuil d'effectif pour le bénéfice de la réduction majorée Fillon a été étendu aux entreprises qui ont un effectif de plus de 19 mais de moins de 20 salariés, ce qui permet d'uniformiser les modalités d'application des seuils. Ce nouveau seuil s'appliquera à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, sur la base de l'effectif moyen de l'entreprise sur l'année 2012 apprécié au 31 décembre 2012 (selon les modalités du décret du 23 juin 2009 relatif aux modalités de décompte des effectifs).

Ce même effectif permettra de déterminer si l'entreprise reste ou non éligible à la déduction forfaitaire patronale à laquelle ouvrent droit les heures supplémentaires dans les entreprises de moins de 20 salariés, puisque l'article 37 de la loi du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives a remplacé le seuil mentionné à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale désormais réservé aux entreprises de moins de 20 salariés (et non à celles qui avaient jusqu'à 20 salariés).

Enfin, le forfait social au taux de 8 % applicable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 sur les contributions versées par les employeurs pour la prévoyance collective de leurs salariés, qui correspond dans son taux et son champ à la taxe prévoyance qui a été supprimée à compter de cette même date, est applicable aux entreprises de moins de 10 salariés en vertu de l'article 37 de la loi de finances rectificative du 16 août 2012.

Ainsi, désormais, la comparaison de l'effectif d'une entreprise avec les seuils de 10 et de 20 salariés permet de déterminer la quasi-totalité des règles de contributions sociales auxquelles cette entreprise est assujettie. Un effectif strictement inférieur à 10 ou 20 salariés l'année précédente emporte l'application de règles particulières. Le franchissement à la hausse ou la baisse de l'un de ces deux seuils modifie plusieurs règles à la fois, de manière coordonnée.

Seule la contribution au versement transport, dont sont exemptées les entreprises de « 9 salariés au plus ») obéit à l'heure actuelle à des seuils différents.

Cotisations et contributions	Anciens seuils (au 1 <sup>er</sup> janvier 2012)	Nouveaux seuils
Réduction générale de cotisations patronales sur les bas salaires	De 1 à 19 : réduction mensuelle maximale 28,1 %	Moins de 20 : réduction mensuelle maximale 28,1 %
	Plus de 19 : réduction mensuelle maximale 26 %	20 et plus : réduction mensuelle maximale 26 %
Dédution forfaitaire des cotisations patronales heures supplémentaires	De 1 à 20 : 1,50 € / heure supplémentaire réalisée	Moins de 20 : 1,50 € par heure supplémentaire réalisée
	Plus de 20 : 0,50 €/heure supplémentaire réalisée	Pas de déduction possible
VT	De 1 à 9 : non assujettissement	<i>De 1 à 9 : non assujettissement</i>
	Plus de 9 : assujettissement selon le taux correspondant à la zone	<i>Plus de 9 : assujettissement selon le taux correspondant à la zone</i>
FNAL supplémentaire plafonné	Moins de 20 : non assujettissement	Moins de 20 : non assujettissement
	20 salariés et plus : assujettissement au taux de 0,4 %	Au moins 20 salariés : assujettissement au taux de 0,4 %
FNAL supplémentaire	Moins de 20 : non assujettissement	Moins de 20 : non assujettissement
	20 salariés et plus : assujettissement au taux de 0,5 % sur la part des salaires dépassant le plafond	Au moins 20 salariés : assujettissement au taux de 0,5 % sur la part des salaires dépassant le plafond
Participation formation professionnelle	Moins de 10 : assujettissement patronal au taux de 0,55 %	Moins de 10 : assujettissement patronal au taux de 0,55 %
	De 10 à moins de 20 : assujettissement patronal au taux de 1,05 %	De 10 à moins de 20 : assujettissement patronal au taux de 1,05 %
	20 salariés et plus : assujettissement patronal au taux de 1,60 %	Au moins 20 salariés : assujettissement patronal au taux de 1,60 %
Taxe prévoyance / Forfait social à 8 %	9 salariés au plus : non assujettissement	Moins de 10 salariés : non assujettissement
	Plus de 9 : assujettissement	Au moins 10 salariés : assujettissement
Participation à l'effort de construction	Au minimum 20 : obligation de consacrer au moins 0,45 % de la masse salariale	Au moins 20 : obligation de consacrer au moins 0,45 % de la masse salariale

source: DSS

### **La sécurisation des dates d'entrée en vigueur des changements de taux de contribution au versement transport**

L'article 33 de la loi de simplification du droit et d'allègement des démarches administratives du 22 mars 2012 vise à sécuriser juridiquement le cadre dans lequel sont effectués et pris en compte les changements de taux du versement destiné aux transports en commun. En effet, auparavant, les taux de contribution votés par les autorités organisatrices des transports (collectivités territoriales ou leurs groupements, au nombre de plus de 300) entraient parfois en vigueur immédiatement, voire de manière rétroactive, ou leur transmission aux organismes de recouvrement pour l'information des employeurs se faisait dans des conditions qui ne permettaient pas à ces derniers de pouvoir appliquer correctement les taux à partir de la date d'entrée en vigueur.

Cette insécurité juridique importante pour les entreprises a été résolue par les modifications législatives des articles L. 2333-67 et L. 2531-4 du code général des collectivités territoriales qui disposent désormais que :

- les autorités organisatrices de transports transmettent leurs délibérations aux organismes de recouvrement avant le 1<sup>er</sup> mai pour une entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet et avant le 1<sup>er</sup> novembre pour une entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier ;
- les organismes de recouvrement communiquent le changement de taux aux assujettis au plus tard un mois après le 1<sup>er</sup> mai ou le 1<sup>er</sup> novembre.

Ainsi, les modifications décidées postérieurement à l'adoption de la loi sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2012. L'ACOSS a informé au début du mois de juin les entreprises des modifications législatives intervenues.

#### **2.4.2. La simplification du recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants**

Les travailleurs indépendants (artisans, commerçants, professionnels libéraux) doivent à la différence des salariés accomplir eux-mêmes l'ensemble des démarches nécessaires à leur protection sociale auprès du Régime social des indépendants ainsi que, pour les professionnels libéraux, auprès de leur caisse de retraite spécifique. Tous ne disposent pas des services d'un expert-comptable ou d'une autre personne compétente pour les réaliser pour leur compte. Aussi, au-delà de la mise en œuvre de l'interlocuteur social unique, le Gouvernement s'est attaché à rendre plus aisée la relation directe entre les organismes de sécurité sociale et les travailleurs indépendants.

Plusieurs mesures ont récemment été prises pour simplifier chaque étape de cette relation. Elles sont largement issues d'une concertation avec les professionnels qui avait été lancée à l'été 2010 sous forme d'un groupe de travail réuni pour simplifier le recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants. Celui-ci a abouti à des propositions concrètes dans trois domaines de la relation entre les travailleurs indépendants et les organismes de protection sociale, dont les principales sont la cohérence des règles d'affiliation, la cohérence des assiettes sociales et fiscales et l'assouplissement du calendrier de prélèvement afin qu'il soit plus proche du calendrier fiscal.

Plusieurs de ces préconisations ont commencé d'être mises en œuvre dès 2010 et au début de l'année 2011 : sécurisation de l'affiliation, simplification des règles d'assiette et des modalités de recouvrement.

#### **L'unification de la procédure d'affiliation des travailleurs indépendants**

Ce processus a fait l'objet d'un plan d'actions pour mettre en place une meilleure coordination entre les différents organismes – URSSAF, centre national d'immatriculation commune du régime social des indépendants (RSI), caisses régionales du RSI, sections professionnelles de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales – dans la mesure où la répartition des compétences en vigueur pouvait les conduire à prendre des décisions contradictoires et non coordonnées affectant par la suite la situation des cotisants. Ce processus complexe était également source de délais accrus et générait de multiples contacts et une certaine incompréhension de la part des travailleurs indépendants.

À la suite d'une étude de la DGME, le gouvernement a demandé aux organismes sociaux de mettre en place un dispositif de point d'entrée unique, compétent pour procéder à l'instruction préalable des dossiers et à leur orientation vers le régime adéquat. La convention conclue entre eux a rendu le dispositif opérationnel depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Le centre national d'immatriculation



commune (CNIC) du RSI est donc seul en charge de la pré-instruction des dossiers de création d'entreprise (vérification de la réalité de l'activité, de la complétude des données transmises par le créateur d'entreprise et affectation au sein d'une catégorie – artisan, industriel, commerçant ou professionnel libéral – en fonction des caractéristiques prépondérantes de son activité. Les caisses de sécurité sociale (en dehors du RSI) affilient ensuite selon l'affectation proposée.

Ainsi, les situations les plus préoccupantes sur les comptes ont pu être résorbées et les plus importantes anomalies techniques levées. Les cas de divergence d'appréciation ont été réduits de manière très significative.

Enfin, il a été créé une instance de coordination entre les régimes afin que toutes les caisses partagent la même doctrine et que les règles d'affiliation appliquées par le CNIC soient validées par tous (cf. encadré suivant).

#### **LA COMMISSION INTER-RÉGIMES D'AFFILIATION À LA SÉCURITÉ SOCIALE**

La commission inter-régimes d'affiliation à la sécurité sociale est opérationnelle depuis la mi-2011. Cette commission a été conçue pour supprimer les « problèmes de frontière » liés à des interprétations divergentes entre les organismes sur les populations qui doivent ou pas être affiliées auprès d'elles. Bien que très marginales, les situations de « conflit positif » (plusieurs caisses estiment que l'assuré doit être affilié auprès d'elles) ou de « conflit négatif » (aucune caisse ne considère que l'assuré relève de sa compétence) qui existaient auparavant au moment de la création d'une activité professionnelle doivent être rapidement et complètement résolus.

La commission permet en pratique au RSI, aux sections professionnelles de la CNAVPL, à la CNBF, de travailler ensemble sur la détection des activités nouvelles et la mise en place d'une solution d'affiliation appropriée. Cette instance de travail, sous la coordination de la Direction de la sécurité sociale, doit dégager des propositions opérationnelles d'interprétation unique lorsque de nouvelles activités professionnelles qui se créent ne semblent pas relever naturellement d'un régime ou de l'autre.

En 2011-2012, les travaux de la commission inter-régimes ont ainsi porté sur les activités suivantes :

- activités psychologiques et de relaxation mentale ;
- activités de manipulation de soins ;
- activités de modelage de confort et à visée esthétique et utilisant le cas échéant des produits naturels ;
- activités se fondant sur les propriétés des énergies, des fluides, de minéraux et de métaux ;
- activités de conseil, de consultant et d'expertise.

Cette commission ayant vocation à s'élargir aux autres régimes concernés par des problématiques d'affiliation, notamment au régime général et aux régimes agricoles, il apparaît nécessaire à terme d'en officialiser l'existence par décret afin de lui conférer une légitimité dans l'établissement d'une doctrine générale et partagée entre les divers acteurs intéressés et de mieux en organiser le fonctionnement.

#### ***L'alignement des règles de définition de l'assiette des prélèvements et des indices des assiettes forfaitaires***

La cohérence de l'assiette entre législations sociale et fiscale dans le temps suppose de retenir des définitions harmonisées et communes et d'établir des références qui assurent le maintien de la concordance des champs. Pour y parvenir, l'article 40 de la LFSS pour 2012 a réécrit un grand nombre de dispositions relatives à l'assiette des prélèvements sociaux sur les travailleurs

indépendants. Des différences avec l'assiette fiscale ont été supprimées. En outre les indices de références utilisés pour le calcul de certaines cotisations ont été unifiés pour les aligner sur le SMIC et le plafond de la sécurité sociale. Les paramètres sont ainsi moins nombreux et soumis à moins de variations. Sans avoir d'incidence financière directe, cette mesure facilite à terme l'accomplissement des formalités déclaratives et de calcul.

### La simplification et l'assouplissement des modalités de recouvrement

Le groupe de travail sus-évoqué a souhaité que l'échéancier du recouvrement social soit mis en cohérence avec celui de l'activité économique des entreprises, afin que celles-ci acquittent les cotisations avec un faible décalage dans le temps par rapport à la perception du revenu qui les a générées. Il a été demandé que la régularisation des cotisations puisse être effectuée au plus tôt du début de chaque année, soit juste au moment où le revenu de l'année précédente est connu.

La possibilité de se libérer par anticipation, c'est-à-dire en mai ou en juin au lieu d'octobre ou novembre, de la régularisation de l'année antérieure a été ainsi offerte par voie dématérialisée et mise en œuvre dès 2012. Les travailleurs indépendants peuvent ainsi acquitter immédiatement la différence ou se faire rembourser le trop-versé de l'année précédente dès la clôture des comptes de celle-ci. Cette possibilité a été plébiscitée en 2012 : ouverte aux télé-déclarants, elle a été utilisée par 174 000 cotisants. Compte tenu de ce succès les opérations de remboursement se sont étalées sur l'été.

Par ailleurs, la faculté en cas de forte variation des revenus de demander une réévaluation provisoire de son échéancier de paiement a été assouplie. Désormais, en cas d'erreur de bonne foi l'ayant conduit à minorer fortement ses versements alors que son revenu n'a pas diminué dans les mêmes proportions, un cotisant ne sera pas pénalisé lors de la régularisation de fin d'année, et paiera seulement la différence sans majoration.

La mise en œuvre de ces mesures aura des effets bénéfiques pour la grande majorité des travailleurs indépendants, artisans, commerçants ou professions libérales.

### 2.4.3. La stabilisation du dispositif spécifique de l'auto-entrepreneur

Ce statut mis en place depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 offre aux entrepreneurs éligibles (cf. encadré *infra*) des mesures de simplification de paiement des cotisations, en particulier un régime de paiement libératoire simplifié de ses cotisations et contributions sociales ainsi que de son impôt sur le revenu.

Largement ouvert, le dispositif compte plus de 800 000 comptes actifs. Plus de 90 000 entreprises ont été créées dans ce régime ou ont opté pour celui-ci au seul premier trimestre 2012. Toutefois, plusieurs dizaines de milliers de radiations sont aussi constatées chaque trimestre.

Une fraction importante des auto-entrepreneurs ne déclare toujours pas de recettes ou de chiffre d'affaires plusieurs trimestres après la création. La proportion de comptes d'auto-entrepreneur déclarant ne réaliser aucun chiffre d'affaires est stable depuis près de deux ans et correspond à un peu plus de 50 % des comptes actifs.

Les 300 000 auto-entrepreneurs ayant déclaré avoir réalisé un chiffre d'affaires ou des recettes au premier trimestre 2012 ont au total déclaré environ 1,3 milliard d'euros de chiffre d'affaires. Le chiffre d'affaires moyen par auto-entrepreneur ayant déclaré un chiffre d'affaires, 3 600 euros au premier trimestre 2012, est presque stable depuis la création du dispositif.

Particulièrement adapté pour de petites activités ou des activités accessoires et de complément de revenu, notamment en début de vie professionnelle ou en fin de carrière, le dispositif de l'auto-entrepreneur est privilégié par les créateurs d'entreprises de moins de 30 ans ou de plus de 60 ans, alors qu'il est moins utilisé que le dispositif de droit commun pour les créateurs d'entreprises entre ces deux âges.

## L'ÉVOLUTION DES RÈGLES APPLICABLES AU DISPOSITIF DE L'AUTO-ENTREPRENEUR DE 2009 À 2012

La loi de modernisation de l'économie du 4 août 2008 a, dans son article 1<sup>er</sup>, introduit le statut de l'auto-entrepreneur destiné à faciliter la création d'entreprise pour les activités relevant du régime fiscal des micro-entreprises. 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 non salariés non agricoles (et non plus aux seuls créateurs d'entreprise) relevant du régime fiscal des micro-entreprises et possède à présent un volet fiscal.

Au cours de l'année 2009, le champ des bénéficiaires a été étendu aux professionnels libéraux créateurs relevant de la CIPAV sans que la conclusion d'une convention soit nécessaire, le cumul du micro-social simplifié avec l'exonération de cotisations ACCRE, l'exonération et la réduction d'assiette applicables dans les DOM été rendu possible et les auto-entrepreneurs ont été dispensés du paiement de la contribution à la formation professionnelle.

En 2010, différents assouplissements ont été introduits : le bénéfice du régime a été ouvert aux travailleurs indépendants affiliés à la CIPAV au 31 décembre 2009, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 2 mois. La durée pendant laquelle l'auto-entrepreneur pouvait déclarer un chiffre d'affaires nul sans perdre le bénéfice du dispositif avait été allongée à 36 mois civils ou 12 trimestres civils consécutifs. Par ailleurs, la prise en charge par l'État dans le cadre de la compensation des cotisations minimales permettant de valider un trimestre de droits retraite par an a été subordonnée à la réalisation d'un revenu minimum de 200 heures de SMIC. Enfin, le seuil de bénéfice du régime fiscal des micro-entreprises n'a pas été proratisé en fonction de la durée d'activité au cours de l'année civile, ce qui a limité les cas de perte du régime auto-entrepreneur, au titre des années 2009 et 2010.

D'autres mesures complètent le statut de l'auto-entrepreneur, notamment l'extension de la compétence dévolue aux CFE URSSAF pour recueillir les déclarations de début d'activité sur le portail [www.lautoentrepreneur.fr](http://www.lautoentrepreneur.fr) ainsi que les formalités de radiation et, pour les artisans, le rétablissement de l'immatriculation gratuite au répertoire des métiers des auto-entrepreneurs sous certaines conditions et la substitution des justificatifs relatifs à la qualification professionnelle par une déclaration simplifiée ainsi que la possibilité d'exercer une activité professionnelle, y compris commerciale, dans une partie d'un local d'habitation situé au rez-de-chaussée.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a à nouveau adapté le dispositif, en obligeant désormais les auto-entrepreneurs, qu'ils aient ou non réalisé un chiffre d'affaires, à renvoyer une déclaration, même portant la mention « néant ».

En outre, le bénéfice de l'option est perdu au bout de deux années lorsqu'aucun chiffre d'affaires n'est déclaré, au lieu de trois ans précédemment. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, cette perte du bénéfice du statut d'auto-entrepreneur conduit à la radiation d'office de l'entreprise qui est considérée comme n'ayant plus d'activité économique effective.

Si le régime de l'auto-entrepreneur a permis de répondre à une attente en matière de création d'entreprise ou de complément de revenus, il subit aussi de nombreuses critiques. Aussi, à la demande du gouvernement, une mission d'évaluation du dispositif et de propositions d'évolution du statut est confiée à l'IGAS et l'IGF.

---

### 3. Des actions transversales pour consolider la dynamique d'amélioration de la qualité du service rendu

---

Tous les réseaux de la sphère sociale se trouvent confrontés à la **gestion des réclamations** : en assurer un traitement efficace (délai et qualité de la réponse), les comptabiliser en fonction du vecteur utilisé pour leur formulation, concevoir les indicateurs permettant de mesurer l'évolution de la satisfaction ou de l'insatisfaction des usagers qu'elles expriment, mettre en place des mesures préventives visant à en limiter le nombre après avoir tiré les leçons de l'analyse des motifs et de leur origine.

Cela fait partie de leur « cœur de métier ». Les organismes têtes de réseau prennent en compte cette dimension clef de leur action qui figure parmi les premiers objectifs inscrits dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG) qui les lient à l'État.

Chaque réseau a entrepris, avec l'appui de la DGME, de réexaminer ce processus en vue de son amélioration et de sa standardisation, au profit de l'utilisateur réclamant mais aussi de l'enrichissement de la démarche qualité.

Une expérimentation conduite dans 26 sites pilotes des différentes branches de la sécurité sociale a débuté par un diagnostic de l'existant. Elle s'est terminée pour chacune, et notamment après évaluation de la satisfaction des usagers après traitement de leur réclamation, par la mise en évidence des marges de progrès dans l'optique de la définition de politique de branche en cours de généralisation.

Il en résulte une amélioration du suivi des réclamations qui sont mieux qualifiées, systématiquement enregistrées, prises en charge et ce dans des délais de réponse réduits jusqu'à 50 %. Enfin elles sont analysées dans un souci de prévention lié à l'amélioration globale de la qualité du traitement des dossiers.

Par ailleurs, tous les organismes, quels que soit le régime et la branche auxquels ils appartiennent, confrontés à des problématiques de gestion des flux de contact, ont organisé **une relation usagers « multicanal »**. Il s'agit dans un premier temps de répondre dans de bonnes conditions à l'ensemble des flux émanant des différentes catégories d'utilisateurs puis de maîtriser ceux qui leur sont adressés afin d'optimiser l'allocation de leurs moyens.

Un état des lieux a été établi par la DSS et la DGME sur les projets développés dans ce domaine par les branches du régime général et les régimes agricoles. Tous les réseaux ne sont pas au même niveau de maturité, un échange et un référentiel de bonnes pratiques est donc envisagé, notamment sur les dispositifs innovants expérimentés ou déjà validés.