

2014

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 2013
- Mesures de simplification



www.economie.gouv.fr
www.social-sante.gouv.fr

ANNEXE 3

**A / MISE EN ŒUVRE
DE LA LOI DE
FINANCEMENT DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2013**

**B / MESURES DE
SIMPLIFICATION**

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| A / MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2013 | 3 |
| 1. Dispositions relatives à l'exercice 2012..... | 3 |
| <i>Section I - Recettes</i> | 3 |
| <i>Section II - Dépenses</i> | 3 |
| 2. Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour 2013..... | 5 |
| <i>Section I - Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement</i> | 5 |
| <i>Section III - Dispositions relatives au recouvrement, à la trésorerie et à la comptabilité</i> | 12 |
| 3. Dispositions relatives aux dépenses pour 2013..... | 14 |
| <i>Section I - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie</i> | 14 |
| <i>Section II - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse</i> | 22 |
| <i>Section III - Dispositions relatives aux dépenses de la branche des accidents de travail et des maladies professionnelles</i> | 25 |
| <i>Section IV - Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille</i> | 26 |
| <i>Section V - Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires</i> | 27 |
| <i>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</i> | 27 |
| B / MESURES DE SIMPLIFICATION EN MATIÈRE DE GESTION DES PRESTATIONS ET DE RECOUVREMENT DES RECETTES DE SÉCURITÉ SOCIALE | 30 |
| 1. Mesures de simplification en matière de gestion des prestations..... | 31 |
| 1.1. <i>Les thèmes transversaux de simplification portés par la Modernisation de l'Action publique (MAP)</i> | 31 |
| 1.2. <i>La branche famille poursuit le développement des services en ligne sur ses sites caf.fr et mon-enfant.fr pour améliorer l'information et simplifier les démarches de ses allocataires en lien avec l'allègement des pièces justificatives, ambition forte de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion</i> | 33 |
| 1.3. <i>Le renforcement de l'accessibilité de l'assurance maladie par le développement des canaux de contact et l'enrichissement des télé-services personnalisés</i> | 36 |
| 1.4. <i>Les travaux menés dans le cadre de l'instance de simplification administrative de l'exercice libéral des professionnels de santé</i> | 41 |
| 1.5. <i>Le renforcement de la dématérialisation et la diversification des services aux retraités et futurs retraités fondés sur l'interrégimes</i> | 42 |

| | |
|--|-----------|
| 2. Mesures de simplification en matière de recouvrement des cotisations sociales..... | 46 |
| 2.1. Les dispositifs de titres simplifiés | 46 |
| 2.2. L'instauration de lieux unifiés de recouvrement et de guichets uniques..... | 53 |
| 2.3. La mutualisation et la simplification des déclarations sociales dématérialisées..... | 58 |
| 2.4. Les mesures d'amélioration des relations entre les entreprises et les organismes et de simplification des règles de prélèvement..... | 68 |

A / MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2013

La présente annexe rend compte des dispositions de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Seuls sont présentés les articles impliquant des mesures de suivi.

1. Dispositions relatives à l'exercice 2012

Section I - Recettes

Article 3: Rationalisation et simplification de l'affectation des impositions de toute nature

La mesure vise à achever le mouvement de rationalisation et de simplification des affectations d'impositions de toute nature entre l'État et la sécurité sociale initié par la loi de finances initiale (LFI) pour 2013. Le « prélèvement de solidarité » devient la ressource des fonds État intervenant dans le champ de la protection sociale (fonds national d'aide au logement, fonds national des solidarités actives et fonds de solidarité). Les droits de consommation sur les tabacs sont entièrement mobilisés pour le financement de la sécurité sociale de base et complémentaire. Au sein de la sécurité sociale, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) concentre la plus grande partie des droits de consommation sur les tabacs et n'a plus de prélèvement social sur le capital. En outre, le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie et le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante bénéficient de cette ressource.

Au final, la TVA nette devient l'unique impôt partagé entre État et sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2013.

Cet article est d'application directe.

Article 4: Prélèvement exceptionnel au profit de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales

La Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) connaissait depuis 2010 une situation déficitaire qui nécessitait de prendre à court terme des mesures pour couvrir les besoins de trésorerie du régime. Afin de reconstituer le fonds de roulement de la CNRACL, la mesure consiste en un transfert à la caisse d'une partie des excédents du Fonds de financement de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (Fonds ATIACL), pour 450 M€, et du Fonds de compensation de la cessation progressive d'activité (FCCPA), pour 240 M€. Ces deux fonds ayant leurs excédents sur-calibrés par rapport à leurs dépenses, une partie de ceux-ci ont donc pu être transférés à la CNRACL.

Cet article est d'application directe. Afin d'alléger d'autant les besoins de trésorerie auxquels la Caisse doit faire face en fin d'année, ce transfert a été réalisé dès l'entrée en vigueur de la loi, avant la fin de l'année 2012.

Section II - Dépenses

Article 7: Rectification du montant des dotations de l'assurance maladie au FMESPP et au FIQCS

- **Rectification du montant de la dotation au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)**

Cet article modifie le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FIQCS au titre de 2012, en le fixant à 220 M€ (soit un montant de crédits déchu de 30 M€). Cette disposition ne nécessitait pas de mesure d'application.

- **Rectification du montant de la dotation au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)**

Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à 238,93 millions d'euros pour l'année 2012.

La diminution de la dotation du FMESPP pour 2012 est due à la prise en compte des crédits du fonds constatés déçus au 31 décembre 2011 pour un total de 46,94 M€ au titre de la déchéance triennale (crédits non payés par la caisse des dépôts et consignations aux établissements de santé).

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure d'application.

Article 8 : Simplification des modalités de prise en charge par l'État des pertes sur créances d'indus enregistrées au titre du service de l'allocation adulte aux handicapés, de l'allocation parent isolé et de l'allocation supplémentaire d'invalidité

Cette mesure vise à simplifier le mécanisme de prise en charge des pertes sur créances d'indus enregistrées par les organismes de sécurité sociale au titre du service, pour le compte de l'État, de l'allocation adulte handicapé (AAH), de l'allocation spéciale invalidité (ASI) et de l'allocation parent isolé (API). L'article prévoit que le montant de la prise en charge par l'État des pertes sur créances d'indus est directement déterminé par une fraction des pertes sur créances d'indus.

L'arrêté du 22 février 2013, pris pour application, fixe à 50 % la part des pertes facturées à l'État, la part restante étant financée par les organismes eux-mêmes.

2. Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour 2013

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

Article 11: Aligement des prélèvements sociaux à la charge des travailleurs non salariés non agricoles

Cet article a déplafonné l'assiette de la cotisation d'assurance maladie due par les travailleurs indépendants non agricoles, améliorant ainsi la contributivité des indépendants ayant les revenus les plus élevés, et, parallèlement, a créé une réduction de cette même cotisation, due sur une base forfaitaire minimale, pour les non salariés ayant les revenus les plus faibles.

Il a en outre limité les possibilités d'optimisation consistant, pour les artisans et commerçants exerçant en société, à déduire deux fois les frais professionnels de leurs revenus et à se verser des rémunérations sous la forme de dividendes non assujettis aux cotisations sociales. Il a ainsi réintégré les frais professionnels dans l'assiette sociale et, comme cela était déjà le cas avant le 1^{er} janvier 2013 pour les professionnels libéraux, il a réintégré dans l'assiette des cotisations, pour les artisans et les commerçants, la part de ces dividendes excédant 10 % du capital social. Enfin, l'article pose le principe d'une contributivité équivalente en termes de niveau des taux de cotisation entre les auto-entrepreneurs et les travailleurs indépendants soumis au régime de droit commun.

Le décret n° 2012-1551 du 28 décembre 2012 procède au relèvement des taux des cotisations et contributions sociales dont sont redevables les auto-entrepreneurs et précise les modalités de la réduction linéaire dégressive de la cotisation minimale maladie-maternité du Régime social des indépendants (RSI) pour les travailleurs indépendants dont le revenu est inférieur à 40 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), soit 14 813 € en 2013. Cette réduction est maximale pour les travailleurs indépendants dont le revenu d'activité non salarié est nul ou déficitaire. La cotisation minimale maladie est alors abaissée de 963 € à 650 €, pour l'année 2013. La réduction s'annule lorsque le revenu est égal à 40 % du PASS.

Article 12: Clarification de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés dues par les entreprises d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance

Cet article vise à clarifier la définition de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) due par les entreprises d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance.

Ainsi, l'assiette de la C3S pour ces entreprises est alignée sur la définition du chiffre d'affaires retenue dans le cadre de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE). Toutefois, comme cela avait été retenu pour les établissements de crédit, les charges sur les opérations sur devises viennent minorer la composante de l'assiette relative à cette catégorie, à concurrence des produits afférents.

Par ailleurs, cet article clarifie l'affectation au Fonds de solidarité vieillesse du produit généré par les placements financiers de C3S opérés par le RSI – gestionnaire du recouvrement de cette contribution – dans le cadre plus général de la mutualisation des trésoreries sociales.

La circulaire n°DSS/5D/DGFiP/2013/148 du 9 avril 2013 relative aux modalités de détermination du chiffre d'affaires retenu pour le calcul de la contribution sociale de solidarité des sociétés a commenté ces dispositions et précisé les règles de calcul de la contribution.

Article 13: Modernisation de l'assiette de la taxe sur les salaires et création d'une tranche supplémentaire

Cet article élargit l'assiette de la taxe sur les salaires afin de l'aligner sur celle de la contribution sociale généralisée (CSG) applicable aux revenus d'activité. Ce faisant, les niches relatives à l'intéressement, la participation et la prévoyance complémentaire, sont supprimées.

D'autre part, l'article renforce la progressivité de la taxe en instaurant une tranche additionnelle pour les rémunérations supérieures à 150 000 €, ceci afin de faire davantage contribuer au financement de la sécurité sociale les employeurs qui versent de très hautes rémunérations à certains de leurs salariés.

Le produit de la mesure étant affecté à la branche famille, les clés de répartition du produit de la taxe sur les salaires fixées à l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale sont modifiées.

Cette disposition est d'application directe.

Article 14: Suppression de l'assiette forfaitaire pour les salariés des particuliers employeurs

Cet article a supprimé la possibilité pour les particuliers employeurs de cotiser sur une assiette forfaitaire et a permis que les cotisations et contributions sociales dues pour l'emploi des salariés à domicile soient proportionnelles au salaire versé. Il a en outre prévu d'instaurer une déduction forfaitaire par heure de travail effectuée, de façon à limiter l'augmentation du coût du travail.

Le décret n° 2012-1565 du 31 décembre 2012 a fixé le montant de cette réduction à 0,75 €/heure de travail effectué. La mesure a été mise en œuvre par le site Chèque emploi service universel (CESU), piloté par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) pour les cotisations sociales versées à compter du 1^{er} janvier 2013.

Article 15: Taux unique de cotisation AT-MP, fonction de la sinistralité, pour les associations intermédiaires

Cet article a abrogé, à compter du 1^{er} janvier 2014, les dispositions du premier alinéa de l'article L. 241-11 du code de la sécurité sociale qui prévoyaient le versement d'une cotisation forfaitaire d'accident du travail pour les personnels des associations intermédiaires dont la durée de travail était inférieure ou égale à 750 heures par an. L'objectif est qu'à compter de cette date, ces cotisations ne dépendent que de la sinistralité de ces associations. L'arrêté du 4 mai 1987 relatif aux cotisations d'accidents du travail et des maladies professionnelles dues par les associations intermédiaires sera abrogé à compter de cette date au cours du dernier trimestre 2013. En l'attente, les cotisations dues pour ces personnels demeurent forfaitaires, mais leur taux a été diminué au 1^{er} janvier 2013 (de 3,7 % à 3,1 %) par l'arrêté du 17 décembre 2012 pour tenir compte d'ores et déjà de la sinistralité des associations.

Article 16: Prorogation du régime social dérogatoire destiné aux personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion

L'article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a mis en place un régime social particulier pour les personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion. Ces personnes, dont les revenus tirés de cette activité ne doivent pas dépasser le salaire de base annuel retenu pour le calcul des prestations familiales (soit 4 788 € pour l'année 2012), sont affiliées aux assurances sociales du régime général pendant une période de 5 ans et sont redevables d'une cotisation forfaitaire de 5 % de leurs revenus déclarés pour la couverture des assurances sociales et d'une cotisation de 8 % au titre de la CSG et CRDS. Pour la déclaration de leur activité, elles reçoivent l'aide d'une association agréée, qui assure leur accompagnement en matière administrative et financière. Actuellement, seule l'Association pour le droit à l'initiative économique (ADIE) a reçu l'agrément.

L'entrée dans le dispositif devait initialement prendre fin au 31 décembre 2010. Elle a été prolongée une première fois jusqu'au 31 décembre 2012 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, puis jusqu'au 31 décembre 2014 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 afin d'encourager la déclaration des activités concernées, qui font souvent l'objet de travail dissimulé, et d'encourager l'insertion professionnelle de ces travailleurs fragiles tout en leur apportant une protection sociale minimale.

Cet article est d'application directe.

Article 17 : Création d'une contribution additionnelle sur les pensions de retraite et d'invalidité au profit de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Dans l'objectif de financer une future réforme de la dépendance, cet article a créé une contribution au taux de 0,3 % assise sur les avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite servis à compter du 1^{er} avril 2013, qui sont perçus par les personnes imposables au titre de l'impôt sur le revenu et qui ne sont pas déjà assujetties à la contribution d'autonomie pour la solidarité (CSA) incluse dans le prélèvement social au taux global de 15,5 % appliqué aux revenus du capital.

Des exemptions ont été prévues, pour certains minimas et certaines pensions. Seules les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est supérieure ou égale à 61 euros applicable pour la mise en recouvrement de celle-ci y sont assujetties : il s'agit des retraités et préretraités redevables de la cotisation sociale généralisée (CSG) à taux plein de 6,6 %. Sont exonérés de la CASA les pensionnés non imposables ou soumis à un taux réduit de CSG (3,8 %).

Il s'agit d'un article d'application directe (la taxe étant directement prélevée sur la pension). Néanmoins, l'assiette de la CASA, qui s'applique sur toutes les pensions des régimes de base (CNAV, MSA, RSI...) et complémentaires (AGIRC, ARRCO...) a été précisée au moyen d'une notice publiée sur le portail en ligne de la sécurité sociale, à l'adresse suivante : <http://www.securite-sociale.fr/Contribution-additionnelle-de-solidarite-pour-l-autonomie-CASA,2992>

Article 18 : Élargissement de la couverture sociale des élus locaux

Poursuivant un objectif d'équité et d'amélioration de la protection sociale des élus locaux, cet article a affilié au régime général de la sécurité sociale les élus des collectivités mentionnées à l'article 72 de la Constitution (communes, départements et régions) dans lesquelles s'applique le régime général de la sécurité sociale, ainsi que les délégués des collectivités territoriales membres d'un établissement public de coopération intercommunale.

La LFSS a en outre assujetti aux cotisations d'assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales les indemnités de fonction perçues par ces élus.

Cet assujettissement au premier euro intervient dès lors que le montant total des indemnités de fonction dépasse une fraction de la valeur du plafond de la sécurité sociale (PASS) fixée par décret, ou que l'élu suspend ou cesse son activité professionnelle pour l'exercice de son mandat.

Le décret n° 2013-362 du 26 avril 2013 relatif aux conditions d'affiliation des élus locaux au régime général de la sécurité sociale a fixé cette fraction du PASS à 50 %, ce qui correspond, pour 2013, à un montant d'indemnité de fonction supérieur à 1 543 € par mois ou 18 516 € par an. Ce même décret a précisé les dispositions applicables en matière d'accidents du travail et maladies professionnelles en fixant le taux de la cotisation due au titre de ces risques au même niveau que celui applicable aux agents non titulaires des collectivités.

La circulaire interministérielle n° DSS/5B/DGCL/2013/1 93 du 14 mai 2013 relative à l'affiliation au régime général de sécurité sociale des titulaires de mandats locaux ainsi qu'à l'assujettissement

des indemnités de fonction qui leur sont versées, récapitule sous la forme de questions-réponses les modalités pratiques de recouvrement et d'ouverture des droits pour chacun de ces risques, ainsi que la nature et l'étendue des prestations qui seront servies, selon que les indemnités de fonctions sont ou non assujetties aux cotisations sociales.

Article 19: Aligement des taux de cotisations au régime général d'assurance maladie des salariés de la chambre de commerce et d'industrie de Paris

Cet article prévoit l'intégration du régime spécial d'assurance maladie de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP) au régime général de la sécurité sociale au 1^{er} janvier 2013. À compter de cette date, les salariés et anciens salariés de la CCIP seront affiliés ou pris en charge par le régime général pour les prestations en nature servies au titre des risques maladie, maternité, invalidité et décès.

La mesure précise que les taux de cotisation afférents aux salariés ainsi intégrés (et actuellement de 5,10 %) seront, à terme, identiques à ceux acquittés pour les fonctionnaires de l'État qui sont affiliés selon les mêmes modalités au régime général d'assurance maladie (9,70 %).

Le décret n° 2012-1486 du 27 décembre 2012 procède à ce relèvement du taux selon un calendrier de montée en charge qui s'achèvera au 31 décembre 2018, et supprime pour les salariés recrutés à compter du 1^{er} janvier 2013 l'absence antérieure de paiement de cotisation maladie prévue par l'article 16 du décret du 28 juin 1991.

Article 20: Augmentation de la contribution tarifaire d'acheminement

La contribution tarifaire d'acheminement, prévue par la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux industries électriques et gazières, finance une partie des droits spécifiques du régime spécial d'assurance-vieillesse de cette branche. Elle est composée de 4 taux assis sur les tarifs fixes de distribution et de transport de l'électricité et du gaz. Ces taux, déterminés par arrêté interministériel, sont compris dans une fourchette fixée par la loi.

Dans la mesure où les taux actuels ne permettaient plus de couvrir les charges et où, pour l'un des quatre taux (celui concernant le secteur de la distribution du gaz), l'augmentation nécessaire pour couvrir le besoin de financement des droits du régime conduirait à dépasser le plafond prévu par la loi, la mesure procède donc au relèvement de ce plafond afin d'assurer le financement du régime spécial.

L'arrêté procédant au relèvement des taux de la contribution tarifaire sur les prestations de transport et de distribution d'électricité et de gaz naturel a été pris en date du 26 avril 2013 (publié au JO du 30 avril).

Article 21: Assujettissement de l'indemnité de rupture conventionnelle au forfait social, pour sa part exclue de l'assiette des cotisations

Cet article d'application directe a assujetti au forfait social la part de l'indemnité de rupture conventionnelle inférieure à deux fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale.

En renchérissant le coût de la rupture, cette disposition incite les employeurs à maintenir les salariés dans l'emploi et tire les conséquences de la généralisation de ce mode de rupture qui a fait l'objet de près d'un million de demandes entre 2008 et 2012, et dont le rythme de progression a été globalement très élevé au cours des dernières années.

Article 22: Réforme des modalités de remboursement des dépenses engagées par les organismes gestionnaires de la CMU complémentaire par le Fonds CMU

La LFSS pour 2013 a modifié les articles L. 862-2 à L. 862-7 du code de la sécurité sociale.

Parallèlement, la LFI pour 2013 a modifié l'article L. 862-3 du code de la sécurité sociale relatif aux recettes du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (fonds CMU), affectant une nouvelle recette au Fonds à partir de 2013 permettant d'améliorer le financement de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire.

La LFSS a ainsi aménagé les modalités de remboursement des organismes gestionnaires par le Fonds CMU :

- le montant du forfait sera désormais fixé par décret. Celui-ci passera de 370 € à 400 € à compter de 2013 afin d'améliorer le remboursement de l'ensemble des organismes gestionnaires (y compris les complémentaires) qui supportaient un coût moyen par bénéficiaire supérieur au forfait;
- la loi prévoit une clause d'actualisation au 1^{er} janvier de chaque année de ce forfait sur la base de l'hypothèse d'inflation. Cela évitera une déconnexion dans la durée entre dépenses réelles et montants remboursés;
- dans un objectif de rationalisation, les remboursements aux organismes gestionnaires ne peuvent plus aller au-delà de leurs dépenses réelles et ne peuvent dépasser pour chaque organisme le montant du forfait par bénéficiaire;
- le coût de la couverture complémentaire des bénéficiaires affiliés à la CNAMTS étant plus élevé que pour les autres organismes gestionnaires, le remboursement forfaitaire est majoré pour limiter au maximum son reste à charge, dans des conditions qui sont fixées par la voie réglementaire.

Deux textes d'application ont été publiés : le décret n° 2013-827 du 16 septembre 2013 précise les obligations des organismes gestionnaires de la couverture maladie universelle complémentaire et définit les modalités déclaratives des organismes complémentaires ; le décret n° 2013-829 du 16 septembre 2013 est relatif aux modalités de remboursement des organismes gestionnaires de la couverture maladie universelle complémentaire.

Article 23: Mesures relatives à la fiscalité des tabacs

Dans un objectif de santé publique, cet article a pour objet :

- de simplifier et de clarifier la fiscalité applicable aux tabacs en étendant à tous les produits du tabac les mécanismes fiscaux précédemment appliqués à la cigarette ;
- de simplifier le mode de calcul de la part spécifique qui est l'une des deux composantes des droits de consommation. Cette dernière découle désormais directement d'un taux appliqué à la classe de prix de référence plutôt que de la charge fiscale totale afférente au produit de la classe de prix de référence ;
- et de transposer à l'article 575 A du code général des impôts (CGI) les modifications introduites à l'article 575 du même code sur la structure de la fiscalité des produits du tabac.

En outre, les minima de perception figurant à l'article 575 A du CGI applicables aux cigarettes, cigares/cigarillos et aux tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes sont augmentés dans la même proportion que la hausse des prix intervenue le 1^{er} octobre 2012.

- d'augmenter, à mi-année, les taux du droit de consommation applicables aux cigarettes et au tabac à rouler afin d'accroître les recettes de la sécurité sociale et d'accompagner une politique de hausse des prix visant à réduire le taux de prévalence tabagique dans la population. Ainsi,

à compter du 1^{er} juillet 2013, le taux normal du droit de consommation sur les cigarettes est relevé de 64,25 % à 64,7 % et le taux spécifique de 12,5 % à 15 %. Le taux normal du droit de consommation applicable au tabac à rouler est relevé de 60 % à 62 %. Ces augmentations de taux visent, par leurs effets induits, à faire reculer la prévalence tabagique et à faire bénéficier en premier lieu la protection sociale des effets de l'augmentation de la valeur du marché du tabac.

L'augmentation de la fiscalité a, de fait, conduit les industriels à augmenter les prix de vente du tabac à compter du 1^{er} juillet 2013 : le prix du paquet de cigarettes a ainsi été augmenté de 20 centimes.

La circulaire BUDD 1304557C du 18 février 2013 relative à la fiscalité applicable aux tabacs manufacturés a explicité les mécanismes issus du présent article.

L'arrêté n° 0162 du 14 juillet 2013 modifiant l'arrêté du 3 janvier 2013 portant homologation des prix de vente du tabac manufacturé a retranscrit l'augmentation des prix décidée par les fabricants consécutive à l'augmentation du taux du droit de consommation sur les tabacs.

Article 24: Hausse de la fiscalité sur les bières

Cet article augmente le droit d'accise spécifique applicable aux bières. Ainsi :

- pour les bières dont le degré alcoométrique n'excède pas 2,8°, le tarif du droit spécifique, qui était de 1,38 € par degré par hectolitre a été porté à 3,60 € ;
- pour les bières dont le degré alcoométrique excède 2,8°, le tarif du droit spécifique, qui était de 2,75 € par degré par hectolitre a été porté à 7,20 €.

Par ailleurs, par dérogation :

- le taux par hectolitre et par degré alcoométrique applicable aux bières produites par les petites brasseries indépendantes, dont le titre alcoométrique excède 2,8°, qui était de 1,38 € a été porté à 3,60 € ;
- le taux par hectolitre et par degré alcoométrique applicable aux bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est supérieure à 10 000 hectolitres et inférieure ou égale à 50 000 hectolitres, qui était de 1,64 € a été porté à 4,32 € ;
- le taux par hectolitre et par degré alcoométrique applicable aux bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est supérieure à 50 000 hectolitres et inférieure ou égale à 200 000 hectolitres, qui était de 2,07 € a été porté à 5,40 €.

Cette disposition est d'application directe.

Article 26: Fiscalité des produits de santé: simplification et correction des imperfections

Cet article modifie la rédaction de l'article relatif à la taxe sur les premières ventes de médicaments en précisant que le redevable de la taxe est l'entreprise assurant l'exploitation en France des médicaments et des produits de santé. Les personnes intervenant dans le circuit de production (façonniers) ou de distribution (grossiste-répartiteur) ne sont donc pas redevables de la taxe.

Il instaure également un droit d'enregistrement pour les demandes d'autorisations préalables de publicité relatives aux dispositifs médicaux et aux dispositifs médicaux in vitro formulées auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Il modifie par ailleurs certains termes du code général des impôts compte tenu de l'intervention de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

Le décret n° 2013-103 du 29 janvier 2013 fixe le montant de ce droit d'enregistrement et procède à des modifications de cohérence du code général des impôts.

Il harmonise enfin les dates limites d'exigibilité des cinq contributions pharmaceutiques recouvrées par les Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) en fixant la date de versement des acomptes provisionnels au plus tard le 1^{er} juin de l'année N, le versement régularisateur intervenant au plus tard le 1^{er} mars de l'année N+1 (sauf le cas particulier de la contribution ONDAM).

Par ailleurs, un décret examiné par le Conseil d'État dont la publication est imminente harmonise les dates limites de remise des documents déclaratifs afférents à ces contributions en fonction de ces nouvelles dates d'exigibilité. Un imprimé déclaratif « unifié » sera ensuite élaboré aux fins d'éviter aux entreprises de devoir déclarer plusieurs fois certaines données. Concernant plus particulièrement les deux contributions sur les dépenses de promotion (médicaments et dispositifs médicaux), ce décret supprime le régime applicable aux entreprises dites « dérogoraires ». Ce régime n'a plus lieu d'être compte tenu des nouvelles dates d'exigibilité. Il abroge par ailleurs certaines dispositions relatives à la détermination de l'assiette de ces deux contributions, dont le contenu figure désormais dans la loi en vertu de l'article 28 de la LFSS pour 2013.

Article 27 : Suppression de la taxe acquittée lorsqu'une évaluation médico-économique est requise

L'article 47 de la LFSS pour 2012 a instauré la réalisation d'une évaluation médico-économique en fonction notamment de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie (ASMR pour les médicaments ou ASA pour les dispositifs médicaux) ou des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription.

Était associé à cet article, le versement par l'industriel d'une taxe additionnelle au bénéfice de la Haute autorité de santé (HAS) lorsqu'une évaluation médico-économique était requise au moment de l'inscription ou du renouvellement des médicaments et des dispositifs médicaux. Or, cette taxe a conduit à définir, dans le décret d'application, de manière très restrictive les médicaments et dispositifs médicaux pour lesquels une évaluation médico-économique serait requise, le Conseil d'État jugeant nécessaire de retenir des critères d'assujettissement à la taxe très resserrés de façon à garantir une parfaite visibilité aux entreprises y étant potentiellement soumises.

L'article 27 de la LFSS pour 2013 a donc levé cette difficulté en supprimant la taxe et permettre ainsi d'élargir le champ des produits ou technologie qui devront faire l'objet d'une évaluation médico-économique, conformément à la volonté initiale du législateur. La suppression de cette taxe ne met par ailleurs pas en danger le financement de la HAS, son rendement estimé était très modique, environ 30 000 €.

Le décret d'application qui permettra de redéfinir le champ des produits qui devront faire l'objet d'une évaluation médico-économique a fait l'objet d'une concertation avec l'ensemble des acteurs concernés est il devrait être examiné par le Conseil d'État au début du moins d'octobre.

Article 28 : Réforme de la taxe sur la promotion des produits de santé

Cet article modifie la définition de l'assiette des deux contributions sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux.

Concernant la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments, sont intégrées les dépenses de promotion qui, en ciblant une pathologie ou une problématique de santé, poursuivent le même objectif, même lorsqu'elles ne mentionnent pas le nom de la spécialité pharmaceutique. Ainsi, les dépenses de promotion, dès lors qu'elles ne mentionnent pas explicitement une spécialité non remboursable, doivent entrer dans l'assiette de la contribution. Il est enfin expressément prévu que les frais d'échantillons ne sont pas inclus dans l'assiette de la contribution.

Concernant la contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux, il est mis fin à l'exclusion de l'assiette des frais de publication et des achats d'espace publicitaire dans la presse médicale bénéficiant d'un numéro de commission paritaire ou d'un agrément.

Concernant les deux contributions (médicaments et dispositifs médicaux), il est précisé que les frais de publication et d'achats d'espaces publicitaires s'entendent quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle. Par ailleurs sont intégrés dans l'assiette, à hauteur de 25 % de leur montant, les frais engagés dans le cadre de congrès ou de manifestations de même nature (y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport). Le statut des dépenses de promotion externalisées est quant à lui clarifié puisqu'il est proposé que ces dépenses soient intégrées dans l'assiette à hauteur du montant hors taxe facturé. Enfin, les modalités de calcul du prorata applicable en cas de difficultés pour la détermination des charges réelles à prendre en compte sont remontées au niveau de la loi.

Cet article est d'application directe.

Article 29: Fixation du taux K à 0,4 %

L'article 29 fixe le taux K (taux de croissance du chiffre d'affaires au-delà duquel la clause de sauvegarde s'applique) à 0,4 % pour 2013.

Le rendement attendu est de 10 M€, qui viendront en déduction des dépenses remboursées de médicaments, sous forme de remises conventionnelles par agrégats.

Ces dispositions sont d'application directe.

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

Article 37: Réforme du financement de la gestion administrative des régimes agricoles

Cet article visait à aligner les règles de financement de la gestion administrative de la mutualité sociale agricole (MSA) sur celles des autres régimes de sécurité sociale en octroyant des dotations de gestion, prélevées sur le produit des ressources de chacun des régimes salariés et non salariés agricoles. Ces montants permettront de couvrir intégralement les dépenses de gestion administrative, de contrôle médical et d'action sanitaire et sociale de la MSA, dans le respect des plafonds définis par la convention d'objectifs et de gestion. Les dépenses de gestion des caisses locales et des autres organismes assureurs qui participent à la gestion de l'assurance maladie (AMEXA) et de l'assurance contre les accidents du travail des exploitants agricoles (ATEXA) seront financées au jour le jour. L'article prévoit également le transfert des réserves des caisses locales à la CCMSA et la mise en place d'une gestion centralisée de la trésorerie du réseau par la CCMSA.

Cette réforme, dont l'entrée en vigueur est prévue au 1^{er} janvier 2014 nécessite deux décrets d'application qui ont été examinés par la CCMSA et le Conseil d'État et doivent être publiés au début du mois d'octobre.

Article 38: Diverses dispositions relatives à la trésorerie des régimes obligatoires de base

Cet article introduit la possibilité pour la Caisse des mines de mobiliser un concours de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) pour couvrir ses besoins de trésorerie en 2013 dans la limite d'un plafond fixé à 250 M€. Une convention, signée à la fin de l'année 2012 entre l'Agence et la Caisse des mines, a permis d'organiser les modalités de ces avances dans des conditions strictement limitatives de montant et de durée.

Par ailleurs, cet article permet la mise en cohérence des dispositions législatives afférentes à l'organisation de la gestion commune par l'ACOSS de la trésorerie des organismes du régime général avec la démarche de rationalisation et de sécurisation des circuits d'alimentation en trésorerie des caisses locales mise en œuvre à partir d'octobre 2012 par l'Agence et la Caisse des dépôts et consignations. Cette réforme, qui s'est accompagnée d'une clarification au niveau réglementaire des modalités de la mission de gestion de la trésorerie commune par l'ACOSS des organismes du régime général prévue à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale, conduit à ce que les dispositions prévues par l'article L. 255-2 du code de la sécurité sociale soient désormais inadaptées dans leur ancienne formulation. En effet, la mention particulière dans la loi de la remontée des sommes encaissées par les Urssaf, par virement, s'avère inutile dans la mesure où le nouveau dispositif d'ensemble mis en place par voie réglementaire prévoit des dispositions plus larges, applicables à l'ensemble des organismes du régime général, qui garantissent, entre autres, ce type d'opérations.

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

Article 40: Simplification du recouvrement du versement transport et de la contribution FNAL des entreprises dépendant de caisses de congés payés; rapport sur le transfert du recouvrement des autres cotisations

Afin de garantir un recouvrement efficace des prélèvements sociaux et d'assurer l'équité entre cotisants, l'article 40 de la LFSS pour 2013 a engagé une réforme du mode de prélèvement en distinguant deux phases :

- 1^{re} phase : à compter du 1^{er} janvier 2013, le versement transport et la contribution FNAL dus sur les indemnités de congés sont prélevés directement auprès des employeurs, par le biais d'une majoration d'assiette (représentative du montant des indemnités de congés payés). Le décret n° 2012-1552 du 28 décembre 2012 a fixé le taux de majoration à 11,5 % ;
- 2nde phase: un rapport au Parlement est remis en amont du PLFSS pour 2014, afin de déterminer les conditions de l'extension de ce mécanisme à l'ensemble des cotisations et contributions de sécurité sociale. La préparation de ce rapport, qui touche à des questions complexes, a conduit à des consultations importantes avec les secteurs concernés. Le rapport est en cours de rédaction.

Article 41 : Extension aux régimes agricoles des modalités de calcul des taxations d'office et des exonérations en l'absence de déclaration

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a transposé dans le régime des non salariés agricoles l'article L. 242-12-1 du code de la sécurité sociale qui sanctionne l'absence de transmission par le cotisant (travailleur indépendant ou employeur) des données nécessaires au calcul des cotisations sociales.

Le décret d'application, est en cours d'examen au Conseil d'État. Ce décret a pour objet de préciser les modalités de calcul à titre provisoire des cotisations. Ces dernières sont ainsi calculées sur une base majorée déterminée par référence aux dernières années connues ou sur une base forfaitaire sans tenir compte des exonérations. Lorsque le cotisant adresse ses déclarations sociales le montant des cotisations est régularisé en tenant compte des exonérations. L'intéressé reste redevable d'une pénalité.

3. Dispositions relatives aux dépenses pour 2013

Section I - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 43: Amélioration de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires

Cet article poursuivait deux objectifs :

1. prolonger jusqu'au 1^{er} janvier 2016 l'expérimentation relative à la permanence des soins ambulatoire (PDSA) prévue par l'article 44 de la LFSS pour 2008. Cette prolongation permet en effet de consolider les bilans des expérimentations menées en Pays de la Loire et Limousin sur plusieurs années, afin le cas échéant, de faire évoluer le dispositif de droit commun de permanence des soins. Cette mesure ne nécessite pas de texte d'application ;
2. prévoir le remboursement des actes de la PDSA réalisés par les médecins salariés en centre de santé ou ayant conservé une pratique clinique et ainsi mettre en cohérence le code de la sécurité sociale avec le code de la santé publique. Cette mesure est également d'application directe et ne nécessite aucun texte d'application pour sa mise en œuvre.

Article 44: Expérimentation de nouveaux modes d'organisation des transports

La progression dynamique des dépenses de frais de transport de patients depuis plusieurs années est due non seulement à l'augmentation régulière de la tarification mais également au volume de transports prescrits sans organisation adaptée.

La mesure consistait donc à développer une approche territoriale de la prescription de transports impliquant l'ensemble des acteurs compétents en matière d'organisation et de financement (assurance maladie, agences régionales de santé, établissement de santé), et en les dotant de nouveaux outils à même de jouer sur le levier tarifaire et le développement d'une meilleure organisation du transport.

Dans cette perspective, la mesure permet l'expérimentation pendant 3 ans d'appels d'offres par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), agences régionales de santé (ARS) ou établissements de santé en dérogeant aux règles de tarification conventionnelle du transport de patients.

La mesure nécessite un décret en Conseil d'État pour son application. Compte tenu de la forte opposition de la profession (artisans taxis comme transporteurs sanitaires) ayant conduit notamment à des journées d'action nationales (artisans taxis), et à la suite des réunions de concertations interministérielles (février 2013), la mesure telle qu'envisagée dans le cadre de la LFSS a été suspendue afin de prendre le temps de suivre et d'évaluer des expérimentations lancées dans quatre régions par les fédérations de transporteurs avant de poursuivre l'éventuelle mise en œuvre de l'article 44.

Article 45: Accord conventionnel interprofessionnel sur la rémunération d'équipe

Cet article a ouvert la possibilité de négocier une rémunération des équipes de soins de proximité par la voie d'un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les représentants des différentes professions de santé et des centres de santé.

Des travaux techniques ont été engagés dans la perspective de l'ouverture des négociations conventionnelles, prenant appui notamment sur les premiers résultats de l'évaluation des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) prévues par l'article 44 de la LFSS pour 2008.

Article 46: Praticien territorial de médecine générale

Le I de l'article 46 prévoit la création des praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG). L'objectif est d'inciter les jeunes médecins à s'installer dans des lieux où les besoins ont été identifiés par l'ARS dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins, en vue d'un exercice ambulatoire sur un ou plusieurs sites dans une zone caractérisée par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

La mesure est aujourd'hui mise en œuvre par différents textes : le décret n° 2013-736 du 14 août 2013 relatif au contrat de praticien territorial de médecine générale ; l'arrêté du 14 août 2013 relatif au contrat type de praticien territorial de médecine générale pris en application de l'article R. 1435-9-6 du code de la santé publique, l'arrêté du 14 août 2013 fixant au titre de l'année 2013 le nombre de contrats de praticiens territoriaux de médecine générale et, l'arrêté du 14 août 2013 portant répartition régionale des contrats de praticiens territoriaux de médecine générale au titre de l'année 2013.

Le contrat offre à ses bénéficiaires, pendant une durée de deux ans, une rémunération complémentaire aux revenus tirés des activités de soins de manière à garantir un revenu net mensuel minimal. Une partie de cette rémunération est maintenue en cas d'arrêt maladie ou maternité. En contrepartie, ces derniers s'engagent, par contrat, notamment à respecter les tarifs opposables et à participer à la permanence des soins ambulatoires.

Un objectif de 200 contrats par an est prévu, avec une répartition régionale, ajustable en cours d'année selon les besoins. Les premiers contrats devraient être signés dès l'automne 2013. La durée du contrat étant de deux ans, en année pleine, c'est donc jusqu'à 400 PTMG qui seront installés sur le territoire.

Les réflexions et la concertation pour mettre en œuvre le II de l'article 46 visant à faciliter l'activité ambulatoire de médecins salariés, notamment à l'hôpital, devraient permettre d'aboutir à une publication rapide du décret d'application.

Article 47: Élargissement des contrats d'engagement de service public

L'article 47 de la LFSS 2013 prévoit un élargissement des contrats d'engagement de service public (CESP) à la discipline « odontologie, chirurgiens-dentistes » selon le modèle existant pour les étudiants en médecine générale. Il a été ajouté un article L. 634-2 dans le code de l'éducation afin de créer un contrat d'engagement de service public à destination des étudiants admis à poursuivre des études en odontologie à l'issue des épreuves de classement de fin de première année ou ultérieurement au cours de ces études.

L'ouverture de ces contrats est prévue pour la rentrée universitaire 2013-2014.

Ce dispositif élargi a été précisé par le décret en Conseil d'État n° 2013-735 du 14 août 2013 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études odontologiques (paru au JO du 15 août 2013).

Quatre arrêtés d'application étaient en phase de signature au moment de la rédaction de cette annexe. Ils portent sur :

- les modalités de sélection des bénéficiaires du contrat d'engagement de service public, d'attribution et de suspension de l'allocation prévue à l'article L. 634-2 du code de l'éducation ;
- les modalités de calcul de l'indemnité mentionnée à l'article L. 634-2 du code de l'éducation ;
- l'application du troisième alinéa de l'article 4 du décret n° 2013-735 du 14 août 2013 susvisé ;
- le montant et les modalités de versement de l'allocation prévue par le décret susvisé.

Enfin, un arrêté du ministère des affaires sociales et de la santé du 28 août 2013 fixe le nombre de CESP ouverts par unité de formation et de recherche en odontologie au titre de l'année universitaire 2013-2014.

Article 48: Parcours de soins des personnes âgées: projets pilotes du HCAAM (expérimentations PAERPA)

Cet article prévoyait, à partir du 1^{er} janvier 2013, la mise en place d'expérimentations visant à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

L'article 48 prévoyait que le contenu des projets pilotes serait défini dans un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, de même les territoires retenus pour l'expérimentation. Un projet de cahier des charges a été élaboré dans le cadre d'un comité national mandaté par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé qui a également annoncé les cinq territoires qui ont débuté la phase de mise en œuvre opérationnelle de l'expérimentation au mois de septembre 2013 (trois autres les rejoindront début 2014). La formalisation de ces éléments par arrêtés est en cours de finalisation.

L'article 48 prévoyait également un texte réglementaire pour permettre des dérogations aux dispositions applicables, en matière tarifaire et d'organisation, aux SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile). Ces dispositions réglementaires sont en cours d'élaboration et font actuellement l'objet de discussions techniques.

L'article 48 définissait enfin le cadre de la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge des personnes âgées sous réserve du consentement exprès de la personne concernée. Un décret actuellement en cours d'examen par le Conseil d'État doit être prochainement publié. Il précise la nature des informations qui pouvaient être transmises, les conditions de cette transmission ainsi que les professionnels et organismes susceptibles d'en être destinataires.

Article 49: Suppression de l'option de coordination renforcée

Cet article a supprimé l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 qui habilitait le gouvernement à modifier par arrêté, les dispositions de la convention médicale afin de rénover « l'option de coordination » sur le modèle du « secteur optionnel » (encadrement de l'usage des dépassements d'honoraires). Cet article prévoyait également l'obligation de prise en charge des dépassements des médecins ayant adhéré à l'option de coordination par les complémentaires santé dans le cadre des contrats responsables.

Les dispositions réglementaires introduites en application de l'article 56 susmentionné ont elles aussi été abrogées (cf. décret n° 2013-405 du 16/05/2013).

Un nouveau dispositif d'encadrement des dépassements d'honoraires des médecins (« contrat d'accès aux soins ») est prévu par l'avenant 8 à la convention médicale.

Article 50: Prise en charge à 100 % de l'interruption volontaire de grossesse

Le Gouvernement a souhaité renforcer la garantie du droit à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en revoyant les règles de participation des assurées aux frais de soins liés à ces interventions. L'objectif est d'améliorer l'accès à l'IVG en supprimant le frein financier que représente pour les assurées un reste à charge sur ce type d'intervention. L'article 50 prévoit donc que la participation sur les frais d'IVG peut être supprimée pour l'ensemble des assurées.

Le décret n° 2013-248 du 25/3/2013 est venu préciser le champ des frais d'IVG qui font l'objet d'une suppression de la participation.

Article 51: Maintien de droits pour les chômeurs non indemnisés en cas de reprise d'activité insuffisante

Afin que les chômeurs qui retrouvent un travail ne soient pas pénalisés en matière d'assurance maladie-maternité par cette reprise d'activité, l'article 51 permet aux demandeurs d'emploi non

indemnisés de conserver le bénéfice du maintien de leur droit aux indemnités journalières, tel qu'ils en bénéficiaient pendant leur période de chômage, lorsqu'ils reprennent une activité insuffisante pour leur générer de nouveaux droits. Le texte renvoie à un décret en conseil d'État le soin de fixer la durée de ce maintien de droit.

Le décret, qui a été examiné par le Conseil d'État, est en cours de publication.

Article 52: Exonération de ticket modérateur pour la contraception des assurées mineures

Le Gouvernement a souhaité renforcer l'accès et le recours aux contraceptifs pour les mineures en supprimant le reste à charge des assurés, qui peut représenter pour certaines assurées un frein à l'accès à la contraception qui est une des composantes essentielles de la prévention des grossesses non désirées.

C'est pourquoi, la participation des assurées mineures d'au moins 15 ans, pour l'acquisition de contraceptifs, a été supprimée par cet article. Il prévoit en outre la garantie de l'anonymat de la délivrance et de la prise en charge de ces contraceptifs.

Le décret n° 2013-248 du 25/3/2013 est venu préciser le champ des contraceptifs qui font l'objet d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie.

Article 53: Rapport sur les conditions d'amélioration de l'accès à une contraception choisie et adaptée pour tous

Dans le cadre de la mise en œuvre des dispositions de l'article 52 de la LFSS pour 2013 relatives à l'accès gratuit à la contraception pour les mineurs de 15 ans et plus, cet article prévoit que le Gouvernement doit remettre au Parlement un rapport sur les conditions dans lesquelles pourrait être amélioré, notamment par une meilleure prise en charge financière, l'accès à une contraception choisie et adaptée pour tous.

Ce document devra être remis avant le 17 décembre 2013.

Article 55: Encadrement de la publicité pour les dispositifs médicaux et pour les médicaments

L'article 55 de la LFSS 2013 prévoit que le comité économique des produits de santé peut fixer une pénalité financière à l'encontre d'un fabricant ou d'un distributeur de dispositifs médicaux lorsqu'un retrait d'autorisation de publicité ou une interdiction de publicité ont été prononcés par l'ANSM au titre des articles L. 5213-4 ou L. 5213-5 du code de la santé publique.

La mesure étend en fait aux dispositifs médicaux la pénalité comparable existant pour le médicament aux termes de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale. Le décret d'application, qui a été examiné par le Conseil d'État, sera prochainement publié.

Article 56: Fixation des prix des allergènes préparés pour un seul individu

L'article 56 a donné compétence au comité économique des produits de santé pour fixer le prix de vente au public des allergènes préparés pour un seul individu (APSI) remboursables. En effet, avant cette disposition, l'assurance maladie assurait la liquidation de ces préparations sans réelle visibilité sur le détail des factures présentées par les laboratoires d'allergènes concernés et les dépenses de remboursement pour les APSI représentent des montants importants avec un taux de croissance très élevé (supérieur à 10 % par an).

Un décret d'application doit définir notamment les procédures et délais de fixation du prix des APSI ainsi que les critères d'exclusion de la prise en charge pour certains allergènes. Des consultations ont eu lieu et les travaux sont en cours pour permettre une publication rapide de ce décret.

Article 57: Adaptation des indications des médicaments lorsque celle-ci n'est pas prévue par leur AMM

L'article 57 a étendu la possibilité d'élaboration de recommandations temporaires d'utilisation (RTU) aux spécialités bénéficiant d'une alternative thérapeutique avec autorisation de mise sur le marché (AMM), soit pour remédier à un risque avéré de santé publique, soit pour éviter des dépenses ayant un impact significatif sur les finances de l'assurance maladie. Il a également étendu, en l'encadrant, la possibilité de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments prescrits dans le cadre de cette RTU.

Le décret d'application fait l'objet de travaux qui devraient permettre une publication fin octobre.

Article 59: Abrogation de la convergence intersectorielle à l'hôpital

La mesure retenue lors de la LFSS 2013 consiste à supprimer l'article portant sur la convergence tarifaire entre établissements de santé (VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004) et à modifier l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale concernant le rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé en abrogeant le 3°, qui précise les dispositions prises sur la convergence tarifaire.

La suppression de cet article est liée aux différences de fond existant entre les différentes catégories d'établissements de santé (modes de prises en charge, contraintes d'organisation ou de coût des personnels...). Avec la réintroduction de la notion de service public hospitalier (SPH), la spécificité des missions réalisées par le secteur public est reconnue et les travaux à venir devraient permettre d'aboutir à une redéfinition modernisée du SPH dans son ensemble, dans le cadre de la loi de santé publique attendue pour 2014.

Cet article est d'application directe.

Article 60: Possibilité de mise en réserve *via* les tarifs pour assurer le respect de l'ONDAM

Cet article instaure un mécanisme de régulation (article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale), permettant de gager une partie de l'objectif des dépenses hospitalières afin de concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Il consiste en une mise en réserve de crédits, issue de l'application d'un coefficient prudentiel sur l'ensemble des tarifs de prestations d'hospitalisation des établissements de santé financés à l'activité. Selon l'état d'exécution de l'ONDAM, les crédits mis en réserve peuvent être reversés en fin d'année, en tout ou partie, aux établissements de santé.

Le décret n° 2013-179 du 28 février 2013 portant application de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale détermine la procédure et les modalités de fixation du coefficient prudentiel, qui, pour l'année 2013 a été fixé à 0,35 % par l'arrêté du 2 mars 2013 (JO du 3 mars 2013). Il précise également les modalités de versement des crédits mis en réserve lorsque l'ONDAM est respecté: le montant des crédits à « dégeler » et la répartition interrégionale de ce montant peut intervenir à compter de l'avis du comité d'alerte, par un arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale pris avant le 31 décembre, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée. C'est ensuite le directeur général de l'agence régionale de santé qui arrête pour chaque établissement, dans les 15 jours suivant l'arrêté national, le montant du forfait correspondant aux crédits dégelés.

Article 62: Rapport sur les opérations de construction d'établissements publics de santé en partenariat public-privé

L'article 62 prévoit la rédaction d'un rapport à destination du Parlement sur les opérations d'investissement réalisées par les établissements publics de santé en partenariat public-privé (PPP) dans le cadre des deux plans d'investissement nationaux Hôpital 2007 et Hôpital 2012.

La mesure ne nécessite pas de textes réglementaires d'application.

Le rapport est actuellement en cours de rédaction et sera finalisé, selon le calendrier prévu, le 30 septembre 2013.

Article 63: Reports des réformes: ticket modérateur à l'hôpital; facturation individuelle des établissements de santé; réforme du passage des hôpitaux locaux à la T2A

Réforme du passage des hôpitaux locaux à la T2A

Le VIII et le IX de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoyait le passage des ex-hôpitaux locaux à la tarification à l'activité (T2A) le 1^{er} mars 2013. La LFSS pour 2013 a reporté au 1^{er} mars 2015 cette échéance. Ces établissements sont donc encore financés en dotation annuelle de financement (DAF) en 2013.

Une réflexion a été engagée afin de déterminer le modèle de financement le plus adapté pour les ex-hôpitaux locaux. Cette disposition ne nécessitait pas de mesure d'application.

Tarif Journalier de Prestation

Le II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoyait la participation de l'assuré au frais d'hospitalisation sur la base des tarifs nationaux de prestations issus des groupes homogènes de séjour (GHS) au 31/12/12 et a été reporté au 31/12/15.

Le report à début 2016 permettra d'engager les lourds travaux nécessaires à sa mise en œuvre, selon des modalités qui devront être soutenables pour les établissements de santé.

Cette disposition ne nécessitait pas de mesure d'application.

FIDES

En ce qui concerne la facturation individuelle des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (FIDES), l'article prévoit le report de la fin du régime dérogatoire des établissements publics au 1^{er} mars 2016.

Le décret fixant les modalités de mise en œuvre de la facturation directe sera prochainement publié.

Il sera complété par un décret précisant le calendrier de déploiement.

Article 64: Amélioration de la protection sociale des personnes détenues

L'article 64 a clarifié les règles de prise en charge et de financement des soins délivrés aux personnes détenues. Il a notamment mis en cohérence le champ de l'affiliation obligatoire au régime général des personnes détenues avec les évolutions des modes de détention. Ainsi, pour les personnes détenues qui exécutent leur peine en tout ou partie à l'extérieur de la prison sans activité professionnelle, il prévoit le bénéfice d'une prise en charge intégrale, avec dispense d'avance des frais, des actes et prestations réalisés en ville.

Par ailleurs, s'agissant de la facturation des soins hospitaliers, il prévoit que les soins dispensés par des établissements de santé sont facturés selon le droit commun.

La mise en œuvre du tiers payant intégral (paiement par la caisse de l'intégralité des frais de soins auprès des professionnels de santé puis remboursement par l'État du ticket modérateur) est soumise à un décret d'application. Les travaux techniques préalables font apparaître que la mise en œuvre d'une dispense d'avance de frais pour les soins de ville des personnes en aménagement de peine est complexe en gestion. La parution du décret d'application a donc dû être retardée dans l'attente d'analyses complémentaires.

Article 65: Pérennisation des lits d'accueil médicalisés

L'article 65 de la LFSS pour 2013 procède à la pérennisation des lits d'accueil médicalisés et modifie en conséquence les articles L. 312-1, L. 314-3-3 du Code de l'action sociale et des familles et L. 1749-1 du Code de la sécurité sociale. Cette modalité d'accueil était jusque là expérimentale et agréée dans les conditions fixées par l'article L. 162-31 du Code de la sécurité sociale. En conséquence, les 45 lits jusqu'ici expérimentaux sont réputés autorisés en tant que structures médico-sociales de droit commun à compter du 1^{er} janvier 2013.

Conformément au II de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles, un projet de décret complété par un projet d'arrêté fixant le cahier des charges fixera les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement de ces nouvelles structures de droit commun. Les travaux sont en cours pour permettre une publication rapide de ces textes.

Article 67: Clôture de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD

Les résultats de l'évaluation de l'expérimentation relative à la réintégration des médicaments dans le forfait soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) n'ont pas fait apparaître de gains tant en termes d'amélioration de la qualité de la prescription que pour le montant de la dépense.

C'est pourquoi l'article 67 de la LFSS 2013 a permis de mettre fin à l'expérimentation et de supprimer le passage automatique en 2013 au financement des médicaments dans le cadre d'un forfait.

Toutefois, afin de permettre d'organiser la sortie d'expérimentation des EHPAD dans de bonnes conditions, il a été prévu une période transitoire de six mois. Aussi, la mesure a consisté à prolonger l'expérimentation jusqu'au 1^{er} juillet 2013 puis, à compter de cette date, à revenir à un financement sur l'enveloppe soins de ville des dépenses de médicaments dans les EHPAD concernés. Une circulaire à l'attention notamment des EHPAD expérimentateurs a permis d'accompagner cette sortie de l'expérimentation dans les meilleures conditions.

Article 68: Intégration de la CNSA dans le processus d'achat géré par l'UCANSS, mutualisation de gestion entre régimes

Les modifications apportées à l'article L. 114-12-2 du Code de la sécurité sociale en LFSS 2013, d'application immédiate, ne nécessitaient pas de texte d'application.

Elles ont élargi le périmètre de la centrale d'achat de l'UCANSS et ont permis la mise en place de mutualisations notamment dans le traitement des chaînes éditiques entre branches et régimes.

En 2013, deux marchés interbranches et interrégime ont notamment été attribués par l'UCANSS sur les fournitures de bureau et les titres restaurants.

La CNSA qui était également visée par cette modification législative a vocation à s'inscrire dans ces dispositifs.

Article 69: Financement des plans d'aide à l'investissement

Comme en 2012, l'article 69 de la LFSS 2013 a prévu le transfert de 2 points de crédits issus de la contribution de solidarité pour l'autonomie de la section I du budget de la CNSA à la section V afin de pouvoir financer un plan d'aide à l'investissement (PAI) pour les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées à hauteur de 48 M€.

L'arrêté du 6 juin 2013 a fixé les conditions d'utilisation et le montant des crédits pour le financement des opérations d'investissement immobilier. Ce montant s'élève à 84 M€ pour le secteur des personnes âgées et à 36 M€ pour celui des personnes handicapées. Les crédits PAI 2013 ayant été mis en réserve, ce plan de 120 M€ a été financé par une partie des excédents de l'exercice précédent du budget de la CNSA.

Article 70: Financement de l'aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile

Face aux difficultés financières auxquelles est confronté le secteur de l'aide à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées, une intervention urgente a été décidée par le Gouvernement afin de lui permettre de se restructurer rapidement. Ainsi, en complément de l'effort initial voté en loi de finances initiale pour 2012 (financement exceptionnel de 50 M€ versé par l'État en vue d'assurer la transition et la restructuration du secteur, et gestion par la CNSA de la délégation de ces crédits aux ARS), un apport supplémentaire de 50 M€ directement financé par les crédits de la CNSA issus des réserves de la section IV de son budget a été voté en LFSS 2013.

Une circulaire du 26 février 2013 a précisé les modalités d'attribution de cette aide complémentaire exceptionnelle.

Un arrêté portant sur les modalités de répartition de cette dotation a été pris le 8 mars 2013. Le délai de transmission des dossiers des services sollicitant une aide a été initialement fixé au 29 mars 2013. Ce délai trop contraint a conduit à repousser la date butoir au 30 avril 2013 (arrêté du 27 mars 2013 modifiant l'arrêté initial).

Article 71: Création d'IJ pour les exploitants agricoles financés par la création d'une cotisation

L'article 71 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 instaure à compter du 1^{er} janvier 2014 un dispositif d'indemnités journalières (IJ) au sein de la branche maladie, invalidité, maternité des non salariés agricoles (AMEXA) en cas de maladie ou d'accident de la vie privée. Ce dispositif est financé par une cotisation forfaitaire à la charge du chef d'exploitation ou de l'entreprise agricole qui couvre également les autres membres de la famille travaillant sur l'exploitation.

L'IJ est forfaitaire et progressive en fonction de la durée d'indemnisation selon le modèle préexistant dans ce régime pour les IJ accidents du travail-maladies professionnelles (environ 21 € les 28 premiers jours et 28 € à partir du 29^e jour pour la mutualité sociale agricole).

Le décret n° 2013-844 du 20 septembre 2013 permet l'application de cette mesure.

Article 72: Rationalisation du dispositif d'indemnisation des victimes du VHC et extension du dispositif aux victimes de contamination du VHB et HTLV

Dans le cadre de l'indemnisation amiable des victimes du virus de l'hépatite C (VHC) par l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) comme dans le cadre des contentieux transférés, cet article précise le régime de l'action subrogatoire de l'ONIAM et à ce titre indique qu'elle s'exerce même sans faute contre le responsable du dommage.

Par ailleurs, il précise que dans le cadre de l'indemnisation amiable des victimes du VHC par l'ONIAM comme dans le cadre des contentieux transférés, les actions subrogatoires de l'ONIAM s'exercent directement contre l'assureur des structures reprises par l'établissement français du sang (centres de transfusion sanguine) selon un régime juridique de responsabilité sans faute.

Enfin, l'article 72 charge l'ONIAM de l'indemnisation amiable des victimes de contaminations par le virus de l'hépatite B et du virus T-lymphotropique humain (HTLV).

Ces dispositions sont d'application directe.

Article 73: Dotation annuelle du FIQCS, du FMESPP, de l'ONIAM, de l'EPRUS et des ARS

Cet article a 3 objets :

- 1) il fixe les montants des participations des régimes d'assurance maladie à différents organismes :
 - le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP);
 - l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS);
 - les agences régionales de santé (ARS);
 - l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales(ONIAM)
 - le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

Ces dispositions sont directement applicables et ne nécessitent pas de texte d'application ;

- 2) l'article 73 prévoit également une clé de répartition unique pour le calcul de la participation des régimes d'assurance maladie à différents fonds et établissements.

Un décret d'application, n° 2013-828 du 16 septembre 2013, précise cette clé de répartition, qui est basée sur les dépenses de prestations en nature de l'assurance maladie et maternité de chaque régime. La CNAMTS sera le seul interlocuteur des fonds et établissements et sera chargée de notifier aux autres régimes les montants dus. Selon un principe d'équité, tous les régimes seront mis à contribution ;

- 3) l'article 73 prévoit enfin l'affectation exclusive des taxes perçues sur les laboratoires pharmaceutiques à la CNAMTS.

Cette disposition est directement applicable et ne nécessite pas de texte d'application.

Section II - Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 77: Attribution de points de retraite forfaitaire pour maladie grave dans le régime de retraite de base des non salariés agricoles

Dans le régime des non salariés agricoles, l'interruption d'activité résultant de maladie ou d'infirmité graves empêchant toute activité professionnelle ne prive pas l'intéressé de droit à la pension de retraite.

Toutefois, la pension de retraite des non salariés agricoles comprend deux éléments : la retraite forfaitaire et la retraite proportionnelle. Avant cette mesure, les périodes d'interruption d'activité non salariée agricole résultant de maladie ou d'infirmité grave ouvraient des droits au titre de la seule retraite forfaitaire.

Cet article a permis d'étendre cette mesure de solidarité à la part proportionnelle de la retraite de base : désormais, les périodes d'interruption de l'activité pour maladie grave donneront lieu à l'attribution d'un nombre minimal de points acquis sans contrepartie de cotisations.

La mesure a été mise en œuvre par deux décrets parus au JO du 9 mars 2013 :

- pour le régime métropolitain : décret n° 2013-199 du 7 mars 2013 relatif aux modalités de validation de la retraite de base du régime des personnes non salariées des professions agricoles en cas d'interruption de l'activité pour cause de maladie ou d'infirmité graves ;
- pour l'outre-mer : décret n° 2013-200 du 7 mars 2013 relatif aux modalités de validation de la retraite de base du régime des personnes non salariées des professions agricoles en cas d'interruption de l'activité pour cause de maladie ou d'infirmité graves en Guadeloupe, en Guyane, à la Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.

Article 78: Gestion de l'extinction du mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité des médecins

Le régime de cessation anticipée d'activité des médecins, créé par l'article 4 de la loi du 5 janvier 1988 et visant à permettre aux médecins âgés d'au moins 57 ans ayant cessé toute activité libérale de bénéficier d'une allocation de remplacement jusqu'à l'âge de 65 ans, a été fermé par l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 et n'a plus accueilli de nouveau bénéficiaire après le 1^{er} janvier 2004. Les dernières pensions ont été servies fin 2012.

Cet article a abrogé le texte législatif instituant le régime et prévoyant l'appel d'une cotisation sur les médecins. Il a également affecté les excédents de cotisations accumulés avant 2003 à la section « médecins » du Fonds d'actions conventionnelles (FAC) puisqu'une partie des cotisations ayant permis de constituer les réserves du régime (31,25 %) ont été versées par les médecins.

Cet article est d'application directe.

Article 79: Possibilité d'une revalorisation spécifique du point pour les pensions de réversion de l'allocation supplémentaire vieillesse des professions médicales

Les régimes des prestations complémentaires de vieillesse des professions médicales (désignés usuellement sous le terme « ASV ») sont des régimes conventionnels rendus obligatoires à la fin des années 1970. Ces régimes, dont les paramètres sont définis par la voie réglementaire, sont très largement cofinancés par l'assurance maladie. L'article 77 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a mis en place les outils permettant de réformer ces régimes, pour en assurer la pérennité financière. En particulier, l'article L. 645-5 du Code de la sécurité sociale a autorisé le pouvoir réglementaire à différencier la valeur de service du point en fonction de l'année d'acquisition des points et de liquidation de la pension.

Plusieurs réformes ont ainsi été menées sur cette base. Toutefois, afin de partager de manière équitable les efforts demandés aux assurés, cet article a permis d'explicitier le renvoi actuel au pouvoir réglementaire, en précisant qu'une valeur de service plus favorable peut être appliquée aux titulaires des pensions de réversion, pour leur part n'excédant pas un certain seuil (afin de bénéficier proportionnellement davantage aux pensions les plus modestes), pour les pensions de réversion liquidées avant le 1^{er} janvier 2006 ou pour les pensions de réversion issues de pensions de droit direct liquidées avant cette date.

Aucun décret n'a encore été pris sur ce fondement.

Article 80: Modification des modalités de répartition de la pension de réversion entre ayants-droit au régime de sécurité sociale des marins

Comme dans la fonction publique, si un conjoint survivant d'un marin décédé n'a pas droit à réversion (ou cesse d'y avoir droit), sa réversion est partagée, à parts égales, entre les enfants

mineurs issus du mariage. Lorsque plusieurs conjoints survivants n'ont pas droit à réversion, la pension de réversion est partagée alors entre chaque groupe d'orphelins, puis à parts égales entre les orphelins au sein de chacune de ces fratries.

Le Conseil constitutionnel a considéré, par une décision du 25 mars 2011 concernant les conjoints et orphelins de fonctionnaires, que ce mode de répartition était contraire au principe d'égalité dans la mesure où il favorisait les orphelins en fonction de leur nombre, les fratries les plus nombreuses étant défavorisées. La loi de finances pour 2012 ayant modifié en conséquence les règles concernant les conjoints et orphelins de fonctionnaires, la mesure vise à appliquer au régime des marins les mêmes nouvelles modalités de partage de la réversion entre ayants-droits.

La mesure étant d'application directe, elle s'est appliquée au 1^{er} janvier 2013, à la fois pour l'avenir et pour les pensions déjà liquidées (qui donneront lieu à un nouveau partage conformément aux nouvelles règles, comme cela a été le cas également dans le régime des fonctionnaires).

Article 81 : Règle de revalorisation des pensions de vieillesse à Mayotte

Le calcul de la revalorisation des pensions à Mayotte obéissait à des règles spécifiques, fondées pour partie sur la différence entre l'évolution du salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) mahorais et l'évolution du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) métropolitain. L'application de ces règles aurait conduit à établir un coefficient de revalorisation des pensions à Mayotte inférieur à celui de métropole.

L'article 81, d'application directe, a donc permis d'aligner (comme c'était déjà le cas dans les DOM et à Saint-Pierre-et-Miquelon) les règles de revalorisations des pensions et du minimum vieillesse à Mayotte sur celles de métropole. Cette réforme a constitué en outre une mesure de simplification importante, en permettant l'application de la revalorisation des pensions à la même date qu'en métropole, sans attendre l'arrêté interministériel annuel de revalorisation.

Article 82: Extension des possibilités de remboursement des versements pour la retraite

La loi portant réforme des retraites du 9 novembre 2010 a procédé au relèvement progressif, par génération, de l'âge légal de départ à la retraite, de 60 à 62 ans.

Dans certains cas, les trimestres rachetés avant l'adoption de la loi peuvent se révéler inutiles pour certains assurés qui, devant repousser leur âge de départ, pourront continuer d'acquérir des trimestres d'assurance. C'est pourquoi, l'article 24 de la loi du 9 novembre 2010 offre la possibilité aux assurés nés à compter du 1^{er} juillet 1951 (premiers concernés par le relèvement de l'âge légal) de demander le remboursement de tout ou partie des versements auxquels ils ont procédé avant le 13 juillet 2010 (date d'adoption du projet de loi en Conseil des ministres). Ces demandes doivent être présentées dans un délai de trois ans suivant la date d'entrée en vigueur de la loi, soit jusqu'au 11 novembre 2013.

Parallèlement à la modification du calendrier de relèvement de l'âge légal introduit par la LFSS pour 2012, le champ de cette possibilité de remboursement a été étendu par l'article 82 de la LFSS pour 2013 aux versements effectués du 13 juillet 2010 au 31 décembre 2011 par les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1952 et le 31 décembre 1955 inclus.

Cet article est d'application directe.

Article 83: Simplification des certificats d'existence

L'article 83 de la LFSS pour 2013 vise à alléger les obligations administratives à la charge des assurés :

- il prévoit que les retraités résidant hors de France fournissent à leurs caisses de retraite un justificatif d'existence au maximum une fois par an ;

- il institue, à compter de la date butoir fixée par la caisse pour la réception du justificatif, un délai minimal d'un mois avant qu'elle puisse suspendre la pension ;
- il permet enfin aux régimes obligatoires de retraite de mutualiser la gestion des certificats d'existence dans des conditions fixées par décret.

Le décret d'application, qui est en cours de publication après saisine des caisses de sécurité sociale, doit encadrer mais surtout rendre possible la mutualisation des certificats d'existence, périodiquement demandés par les caisses de retraite à leurs pensionnés qui résident à l'étranger. Il a nécessité des travaux techniques préparatoires.

Il est à noter que les caisses de retraite, et en particulier le régime général, continuent à travailler sur la suppression des certificats d'existence pour les retraités résidant dans certains pays de l'Union Européenne, par l'intermédiaire d'échanges de données d'état-civil. Un tel dispositif devrait être déployé fin 2013 avec l'Allemagne.

Section III - Dispositions relatives aux dépenses de la branche des accidents de travail et des maladies professionnelles

Article 85: Remplacement de la majoration pour tierce personne par une prestation déconnectée du montant de la rente, intitulée « prestation complémentaire pour recours à tierce personne »

Cet article remplace la majoration pour tierce personne, calculée en fonction du montant de la rente de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, par une prestation complémentaire pour recours à tierce personne fixée exclusivement en fonction des besoins d'assistance de la victime lorsque cette dernière est dans l'incapacité d'accomplir seule les actes ordinaires de la vie. Le taux d'incapacité permanente requis pour le bénéfice de la prestation demeure inchangé et reste fixé à 80 %.

Le décret n° 2013-278 du 2 avril 2013 établit un barème de ces actes en fonction des besoins d'assistance et définit trois niveaux de prestation en fonction du nombre d'actes concernés que la victime ne peut effectuer seule. En outre, un droit d'option est instauré, permettant ainsi aux titulaires de la majoration pour tierce personne d'en conserver le bénéfice tant qu'ils en remplissent les critères d'attribution. Un décret n° 2013-276 de la même date définit les conditions relatives au montant de la nouvelle prestation en fonction du degré d'incapacité de l'assuré à accomplir seul les actes ordinaires de la vie et précise les dates de prise d'effet de la prestation.

Article 86: Modification des règles relatives à la faute inexcusable de l'employeur

En cas de faute inexcusable de l'employeur (FIE), le salarié a droit, d'une part, à une indemnisation complémentaire sous forme d'une majoration du capital ou de la rente allouée en cas d'incapacité permanente, d'autre part, à la réparation par l'employeur de l'ensemble de ses autres préjudices non indemnisés. Les sommes correspondant à chacun de ces chefs de préjudices sont toutefois avancées par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) qui se retourne ensuite contre l'employeur.

Cet article permet d'améliorer les modalités de récupération par les caisses de sécurité sociale des indemnités supplémentaires versées aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles (AT-MP) en cas de FIE. En premier lieu, l'employeur qui commet une faute inexcusable ne dispose plus de la faculté de s'exonérer, vis-à-vis de la caisse de sécurité sociale, des sommes qu'il doit au motif que la caisse n'a pas respecté le principe du contradictoire dans le cadre d'une procédure administrative indépendante. Cette disposition est d'application

directe. En second lieu, les caisses peuvent désormais recouvrer les sommes représentatives de la majoration de rente ou de capital sous forme d'un capital au lieu d'une surcotisation. Le projet de décret déterminant les modalités de récupération de ces sommes a été examiné par la Commission des accidents du travail et maladies professionnelles est en cours de publication.

Article 87: Égalité des conditions d'accès à la retraite pour l'ensemble des travailleurs de l'amiante

Cet article permet à tous les bénéficiaires d'un dispositif d'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) de liquider simultanément toutes leurs pensions de retraite dès 60 ans s'ils ont une carrière complète. La loi du 9 novembre 2010 avait prévu cette faculté mais ne couvrait pas la totalité des régimes de retraite et des dispositifs de départ anticipé.

Conformément au principe général de non cumul entre pension d'invalidité et pension de retraite, il supprime la possibilité de cumul qui subsistait de fait pour les personnes dont l'ACAATA était remplacée par la pension de retraite avant l'âge légal de liquidation de cette dernière.

Ces dispositions sont d'application directe.

Article 88: Fixation du transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

Cet article fixe, pour 2013, le montant de ce transfert à 790 M€.

Cette disposition est d'application directe.

Article 89: Fixation des dotations FCAATA et FIVA

Cet article fixe, pour 2013, à 890 M€ le montant de la dotation au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et à 115 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.

Article 90: Demande de rapport du Gouvernement sur une nouvelle voie d'accès individuelle au dispositif de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante

Le Gouvernement a missionné l'Inspection générale des affaires sociales pour l'appuyer dans la préparation de ce rapport. Il est en cours d'élaboration.

Section IV - Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 93: Rétablissement automatique de l'ensemble des aides au logement lorsqu'un dossier de surendettement est déclaré recevable

L'article 93 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a étendu le bénéfice du rétablissement de l'aide personnalisée au logement en cas de décision de recevabilité d'une demande de traitement d'une situation de surendettement par la commission de surendettement des particuliers, prévu par l'article L. 331-3-1 du code de la consommation, aux allocations de logement familiale et sociale.

Ce nouveau dispositif s'applique depuis le 1^{er} janvier 2013 sans qu'un texte d'application ait été nécessaire. Pour autant, un décret en Conseil d'État doit modifier les articles du Code de la sécurité sociale concernés pour intégrer ce nouveau droit et préciser que les bailleurs disposent d'un délai de quinze jours pour accepter ou refuser le versement de l'allocation de logement entre leurs mains. En outre, il est fait obligation aux bailleurs de transmettre à l'organisme débiteur des prestations familiales les documents de la commission de surendettement des particuliers mettant fin à la procédure.

Le décret d'application qui a été examiné par les caisses de sécurité sociale, est en cours d'examen au Conseil d'Etat.

Article 94: Création d'un congé de paternité et d'accueil de l'enfant

L'article 94 a transformé le congé de paternité en un congé de paternité et d'accueil de l'enfant. Ce congé sera désormais ouvert non seulement au père mais aussi, le cas échéant, à la personne avec laquelle la mère vit maritalement, indépendamment de son lien de filiation avec l'enfant qui vient de naître, tenant ainsi compte de la diversité des modèles familiaux.

Un arrêté adaptant la liste des pièces justificatives à fournir aux caisses de sécurité sociale pour le bénéfice du congé de paternité et d'accueil de l'enfant est paru le 3 mai 2013.

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

Article 96: Fixation du transfert de fonds de solidarité vieillesse vers le régime général et les régimes alignés au titre du financement du minimum contributif

L'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale prévoit que le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) prend en charge chaque année une partie fixée par la loi de financement de la sécurité sociale des dépenses de minimum contributif servi par le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime social des indépendants (RSI).

Au titre de l'exercice 2012, le régime général a ainsi bénéficié de 3,4 Md€ de transfert, le régime des salariés agricoles de 0,4 Md€ et le RSI de 0,1 Md€, ces montants correspondant, d'après les données statistiques disponibles, à un peu plus de la moitié de la dépense totale des régimes au titre du minimum contributif.

Cette mesure ne nécessite pas de texte d'application.

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

Article 98: Pénalité pour réitération de pratique irrégulière et pénalité en cas de constat de travail dissimulé

Cet article crée de nouvelles pénalités, qui s'ajoutent aux majorations de retard déjà prévues par les textes :

- l'article L. 243-7-6 institue une majoration de 10 % du montant des redressements mis en recouvrement en cas de constat d'absence de mise en conformité (absence de prise en compte

des observations notifiées lors d'un précédent contrôle, qu'elles aient ou non donné lieu à redressement);

- l'article L. 243-7-7 institue une majoration de 25 % du montant des redressements mis en recouvrement en cas de constat d'une *infraction* de travail dissimulé.

Ce décret a été examiné par le Conseil d'État et il sera prochainement publié.

Article 99: Extension de la possibilité d'échange d'informations avec l'État permettant de lutter contre la fraude aux régimes non salariés et aux régimes spéciaux

Les articles L. 114-16-1 à 3 du Code de la sécurité sociale permettent des échanges d'informations entre les services de l'État et les organismes de protection sociale dans le but de rechercher et de constater des fraudes à la sécurité sociale. Or cet article qui vise le périmètre des agents et organismes ou services concernés qui sont habilités à échanger ne mentionne pas les agents de direction du régime social des indépendants (RSI) ni ceux des régimes spéciaux.

L'article 99 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 permet de mieux intégrer les régimes de non-salariés et les régimes spéciaux dans le dispositif interministériel d'échanges d'informations en matière de lutte contre la fraude précisé aux articles L. 114-16-1 à 3 du code précité.

Cet article est d'application directe.

Article 100: Assouplissement des modalités d'habilitation des agents des douanes et des impôts dans leurs échanges d'informations avec les organismes de sécurité sociale

Les articles L. 114-16-1 à L. 114-16-3 du code de la sécurité sociale permettent les échanges d'informations entre les services de l'État et les organismes de protection sociale, nécessaires à l'accomplissement des missions de recherche et de constatation des fraudes à la sécurité sociale.

S'agissant des agents des impôts et des douanes visés au 1° de cet article L. 114-16-3 au titre de leur compétence en matière de lutte contre le travail illégal, le législateur a prévu une désignation par le Ministre du budget. Or, c'est actuellement le seul dispositif de levée du secret professionnel au bénéfice des organismes de protection sociale qui soit conditionné par une habilitation ministérielle préalable spécifique. Elle ne s'applique ainsi ni aux officiers et agents de police judiciaire, ni aux inspecteurs et contrôleurs du travail.

L'article 100 de la loi de financement de la sécurité sociale permet donc de supprimer cette habilitation ministérielle préalable.

Cette modification législative sera de nature à renforcer la réactivité de l'administration fiscale à répondre aux demandes des organismes de protection sociale, et donc l'efficacité de la lutte contre la fraude à la sécurité sociale.

Cet article est d'application directe.

Article 101 : Annulation des exonérations de cotisations du donneur d'ordre en cas de manquement à ses obligations de vigilance et de diligence à l'égard de son sous-traitant

Cet article vise à donner une traduction plus opérationnelle à une mesure adoptée par amendement dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 et qui visait à sanctionner les donneurs d'ordre « complices » en cas de manquement à leurs obligations de vigilance vis-à-vis de leurs sous-traitants. La complicité étant très difficile à mettre en évidence avant une éventuelle condamnation pénale, la mesure a été très peu mise en œuvre. C'est pourquoi l'article 101 vise à étendre l'annulation des exonérations de cotisations du donneur d'ordre à l'ensemble des cas de manquement de vigilance et de diligence et entraînant la mise en œuvre de la solidarité financière des donneurs d'ordre.

Cette article fait l'objet d'un décret d'application conjoint avec celui de l'article 98.

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

Service public conçu à destination des usagers, qu'ils soient cotisants, assurés ou bénéficiaires de prestations, la sécurité sociale doit faire preuve en permanence de capacité d'adaptation à l'évolution de leurs besoins dans un contexte budgétaire tendu. Elle mobilise dans cette perspective les possibilités offertes par le déploiement de nouvelles technologies.

Les chantiers de simplification s'inscrivent à la fois dans le cadre du **pacte national pour la croissance, la compétitivité et l'emploi** présenté le 6 novembre 2012 (cf. volet 7) et dans le cadre de la **Modernisation de l'Action publique** qui entend rénover en profondeur l'action administrative et définir les grandes orientations en matière de simplification tant à destination des entreprises qu'à destination des particuliers. Les actions menées dans la sphère sociale ont fait l'objet d'une présentation dès le 18 décembre 2012, date du premier Comité Interministériel de Modernisation de l'Action publique, puis lors des comités suivants le 2 avril et le 17 juillet 2013.

Un grand nombre de ces initiatives s'appuie sur les conventions d'objectifs et de gestion conclues entre l'État et les différents organismes de sécurité sociale. En particulier, **la nouvelle convention d'objectifs et de gestion de la caisse nationale des allocations familiales**, pour la période 2013-2017, porte l'ambition forte de faire contribuer activement la branche famille au « choc de simplification » afin de parvenir à un cadre réglementaire plus lisible, à un allègement des pièces justificatives pour une gestion plus efficiente et sécurisée des dossiers et au développement de la dématérialisation pour permettre à l'allocataire d'effectuer l'ensemble de ses démarches à distance s'il le souhaite.

En raison de leur nombre et de leur impact, la gouvernance de ces projets 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 le Secrétariat général de la modernisation de l'action publique (SGMAP), qui favorise l'émergence et le pilotage de grands projets transversaux de simplification. 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 (RSI), la Mutualité sociale agricole (MSA), le groupement d'intérêt public (GIP) Info-retraite, le GIP Modernisation des données sociales (GIP MDS) et le groupement d'intérêt économique (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. Les projets de modernisation portés dans le cadre du Comité de simplification et de modernisation ont permis l'émergence de grands axes de simplification à destination des particuliers.

On peut schématiquement regrouper les mesures de simplification en deux ensembles, le premier volet recoupe celles prises pour la gestion des prestations aux usagers dans les différentes branches de la protection sociale (1), le deuxième volet concerne les mesures de simplification 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 passe par la construction d'une offre de services plus riche, le développement des télé-services et des échanges inter-administrations visant à se substituer à la fourniture de pièces justificatives.

1.1. Les thèmes transversaux de simplification portés par la Modernisation de l'Action publique (MAP)

De nombreux projets tant de modernisation du service public de la sécurité sociale que d'amélioration du service aux particuliers et aux entreprises sont inscrits dans le cadre du Comité Interministériel de Modernisation de l'Action publique (CIMAP).

Deux événements de vie clefs ont été identifiés en 2013 comme plus particulièrement porteurs d'amélioration substantielle pour les usagers, à savoir la déclaration de grossesse et le rattachement du nouveau-né à l'assurance maladie lors de sa naissance :

1.1.1 Permettre la déclaration de la grossesse en ligne

Ce premier projet vise à réaliser une dématérialisation de la déclaration de grossesse à l'organisme d'assurance maladie à travers le développement d'un nouveau télé-service dans l'espace professionnel du médecin (Espace Pro du site ameli.fr) au moment de la consultation avec la patiente. Un échange dématérialisé permettra ensuite de véhiculer l'information de l'assurance maladie vers l'organisme d'allocations familiales. Cette procédure assurera une simplification significative pour l'utilisateur *via* la suppression du double formulaire actuellement complété pour la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et pour la caisse d'allocations familiales (CAF).

1.1.2 Simplifier le rattachement du nouveau-né à l'assurance maladie

Ce deuxième projet a pour objet d'alléger les formalités de rattachement du nouveau-né à l'assurance maladie de ses parents par le développement d'un télé-service opérationnel en 2014.

Quatre grandes actions visant notamment à promouvoir la simplicité et la lisibilité des services fournis aux particuliers ont par ailleurs été identifiées :

1.1.3 Permettre à l'utilisateur de demander son aide au logement en ligne

Les demandes d'aide au logement peuvent être réalisées sur le site caf.fr depuis la mi-2012. Pourtant, l'ensemble de la demande n'est pas entièrement dématérialisé car l'examen du dossier n'a lieu qu'à réception des pièces justificatives transmises par voie postale. Il est donc proposé de mener à son terme la démarche en ligne en offrant la possibilité au demandeur de compléter l'intégralité de son dossier en ligne, en numérisant directement les pièces justificatives à l'appui de son dossier. Ce projet en phase d'expérimentation a vocation à être étendu à toutes les caisses.

1.1.4. Dispenser l'usager de fournir un exemplaire papier de son relevé d'identité bancaire dans ses démarches avec la sécurité sociale

Les usagers sont amenés à fournir leurs coordonnées bancaires à l'ensemble des organismes de sécurité sociale pour le versement de leurs prestations. Cette information exige le plus souvent la fourniture d'un justificatif papier donnant lieu à ressaisie par les organismes. Cette modalité de transmission n'empêche pas la fraude documentaire. La mise en place d'un échange automatique entre les organismes de sécurité sociale et la direction générale des finances publiques (DGFIP), administratrice du fichier des comptes bancaires (FICOBA), permettra de fiabiliser la donnée à la source et de ne plus solliciter de l'assuré la fourniture d'un justificatif papier. Il est dans ce cadre envisagé de réaliser avec l'accompagnement du secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) des échanges de masse sur les coordonnées bancaires pour l'ensemble de la sécurité sociale. Conformément à la décision du CIMAP, cette mesure sera mise en œuvre à la mi-2014.

1.1.5. Simplifier les changements d'affiliation en matière de sécurité sociale étudiante

Cette mesure a pour objectif l'amélioration des délais d'ouverture des droits, par la refonte du formulaire étudiant. Les travaux conduits en 2013 visent à le rendre plus clair et mieux structuré afin d'améliorer la collecte des éléments nécessaires à une affiliation rapide afin de faciliter sa transposition en télé-procédure et la généralisation de la transmission de flux dématérialisés et normalisés par les établissements d'enseignement aux organismes gestionnaires de l'assurance maladie.

En outre, certains chantiers menés dans le cadre de la Modernisation de l'Action Publique (MAP) et du comité de pilotage de simplification et de modernisation sont déjà achevés : la collecte des ressources par la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) par échange dématérialisé avec la DGFIP, sur le modèle de l'échange déjà en service pour la branche famille, avait 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. Cette mesure a fait l'objet d'une expérimentation au second semestre 2012 avant sa généralisation début 2013. La mesure de simplification de l'affiliation en matière de sécurité sociale étudiante est elle aussi effective, le formulaire ayant fait l'objet d'une refonte au premier semestre 2013. L'arrêté d'homologation fixant le nouveau document devrait permettre son utilisation coordonnée, quel que soit le support, papier ou dématérialisé, pour la rentrée universitaire 2014.

D'autres de ces chantiers sont déjà largement engagés tels que la dématérialisation de la procédure de déclaration de grossesse, la dispense de la fourniture d'un RIB papier lors de ses démarches, ou le futur espace numérique du particulier employeur qui devrait faire l'objet d'un premier déploiement à l'automne 2013.

Ces actions s'inscrivent pour la plupart en lien avec les travaux du projet de relation de service « **100 % contacts efficaces** » actuellement mené par les organismes de sécurité sociale, la direction de la sécurité sociale (DSS) et le SGMAP afin de définir des stratégies pour une meilleure gestion multicanal (accueils physique, téléphonique, courriels, télé procédures) des différents publics.

Il s'agit de recueillir et partager les bonnes pratiques mises en œuvre par les différents organismes, pour favoriser les contacts par le canal le plus adapté à chaque type d'utilisateur et par nature de démarche, afin d'instaurer la confiance et ainsi réduire la répétition observée de ces contacts et leur coût pour les organismes. Chaque organisme travaille sur les segments les plus sensibles de manière à améliorer sa relation usager en répondant au mieux aux attentes des publics cibles.

1.2. La branche famille poursuit le développement des services en ligne sur ses sites caf.fr et mon-enfant.fr pour améliorer l'information et simplifier les démarches de ses allocataires en lien avec l'allègement des pièces justificatives, ambition forte de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion

Le site caf.fr s'enrichit de nouveaux télé-services

Depuis juin 2012, la refonte du site caf.fr a été déployée sur tout le territoire. Cette modification répondait à la préférence exprimée par les allocataires pour les outils de l'administration électronique comme mode de contact lors de l'enquête de satisfaction menée en 2011 par la CNAF auprès de ses allocataires.

Le site caf.fr qui figure parmi les sites administratifs les plus visités, est devenu le pivot de la communication numérique et de la relation de service des caisses d'allocations familiales avec notamment :

- l'accès pour tout public aux informations générales mais détaillées sur les droits aux prestations par type de situation ou événement de vie et aux différents services proposés en ligne, ainsi qu'aux informations et pages relatives à la CAF locale de rattachement de l'internaute (liste des points de contact, adresses et horaires des points d'accueil physique, bornes interactives...). Ainsi, en 2012, le site caf.fr a enregistré 196,7 millions de visites, soit une augmentation de 11 % par rapport à 2011. 80 % des visiteurs sont déjà allocataires et consultent en priorité la rubrique « mon compte » ;
- la possibilité pour tout allocataire d'accéder, à l'aide de son numéro d'allocataire et d'un code confidentiel, à son compte personnel, espace sécurisé créé systématiquement lors de toute affiliation et qui devient le noyau central de la relation sécurisée. C'est un espace qui, d'une part, donne à l'utilisateur des informations précises sur la gestion de son dossier et ses prestations et, d'autre part, l'incite à utiliser les télé-services pour effectuer certaines démarches en ligne.

En 2012, le nombre de connexions à leur compte personnel sécurisé par les allocataires a été de 135,5 millions, contre 123,8 millions en 2011, soit une augmentation de 9,4 %.

Cette nouvelle ergonomie a permis en parallèle le développement de télé-procédures :

- 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) ;
- la dématérialisation de la demande d'aide au logement qui était initialement réservée aux étudiants, est dorénavant ouverte à toutes les personnes locataires ou accédant à la propriété, qu'elles soient ou non déjà allocataires ;

- la déclaration en ligne 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 ; ceci permet la prise en compte plus rapide d'un élément modifiant les droits, ce qui évite certains indus et rappels. En 2012, plus de 5 millions de changements de situation de toute nature ont été déclarés par une télé-procédure, ce qui représente 48,8 % des changements enregistrés.

Ces télé-procédures s'ajoutent à la dématérialisation de l'acquisition des ressources qui, tous modes confondus (échange avec l'administration fiscale, saisie sur caf.fr et déclaration par téléphone), a représenté 87,9 % de l'ensemble (12,8 millions) des déclarations des ressources annuelles collectées en 2012, en hausse de 3,9 points par rapport à 2011.

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 aux courriels (2,7 millions de courriels reçus au cours de l'année 2012), définition de niveaux de réponses diversifiés, sur le même mode que la réponse téléphonique.

Le site mon-enfant.fr, dédié à l'offre de garde des jeunes enfants, se dote de nouveaux outils

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 en 2009 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 dorénavant doté de plusieurs outils :

- un module de calcul du coût de l'accueil collectif ou familial ;
- un module de recherche d'un mode de garde parmi un recensement sur tout le territoire national, de la quasi totalité des établissements d'accueil du jeune enfant, des relais assistantes maternelles, des lieux d'accueil enfants/parents, des accueils de loisirs financés par les Caf et de près de la moitié des assistantes maternelles en activité qui ont accepté d'y figurer ;
- l'outil de géo-localisation 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 assistantes maternelles peuvent y indiquer leurs disponibilités d'accueil ;
- un module de calcul du coût de l'accueil collectif ou familial ;
- un outil de simulation des droits à la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) qui complète le simulateur de coût de l'accueil. 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.

En 2012, le site a enregistré plus de 3,2 millions de visites, soit une progression de 25 % par rapport à 2011. Elles ont été effectuées par 2,2 millions de visiteurs différents.

L'enrichissement du site, envisagé en 2012, est confirmé. En effet, au cours du deuxième semestre 2013, une nouvelle fonctionnalité sera proposée à titre expérimental aux territoires volontaires, permettant aux familles de formuler leur besoin d'accueil d'un jeune enfant en ligne sur le site mon-enfant.fr. La demande de la famille sera, dans ce cas, adressée à la commune ou l'intercommunalité concernée, pour suite à donner.

Cette fonctionnalité s'ajoutera aux autres canaux de demandes déjà existants sur chaque territoire sans toutefois s'y substituer, dans un premier temps.

La mise en place du service de demande d'accueil en ligne devrait permettre de renforcer la coordination des différents acteurs locaux impliqués dans la gestion de l'offre à l'échelle des territoires et ainsi d'améliorer les réponses apportées aux besoins exprimés par les familles.

Une dizaine de Caf participera à cette expérimentation.

***Les objectifs de simplification des procédures administratives
prévues par la nouvelle COG***

La Convention d'objectifs et de gestion pour la période 2013-2017 comporte de fortes attentes liées à la simplification des démarches pour les allocataires, notamment par le développement de nouvelles démarches en ligne *via* le site caf.fr. non seulement pour les bénéficiaires des aides au logement mais également pour tous les allocataires.

Afin de faciliter les démarches en ligne une évolution est en cours d'expérimentation pour dématérialiser également la transmission des pièces justificatives. Cet allègement des pièces justificatives et le développement des télé-procédures doivent, à horizon 2014, permettre à la branche de proposer une offre de service « 100 % dématérialisée » de sorte que l'ensemble des formalités et contacts réciproques entre usagers et CAF pourront s'opérer par internet. Cette offre « 100 % dématérialisée » sera proposée *via* un compte personnel attribué à chacun des allocataires comportant un espace sécurisé.

Par ailleurs, afin d'alléger et sécuriser les démarches, il est prévu de renforcer les synergies avec de nombreux partenaires, pour obtenir directement les données ou informations nécessaires à la gestion des droits des allocataires, par exemple :

- dans le cadre du projet de développement de la plateforme de communication électronique des données d'état civil avec le Ministère de la justice ;
- par la poursuite des actions liées au contrôle des titres de séjour avec la mise en place d'un accès aux portails de l'office français de protection des réfugiés et apatrides et de l'office français de l'immigration et de l'intégration et le projet d'automatisation des accès aux données détenues par le Ministère de l'Intérieur ;
- par le développement des échanges de données dématérialisées avec les Conseils généraux dans le cadre de la gestion du RSA ;
- la transmission dématérialisée des demandes de CMU complémentaire des bénéficiaires de RSA aux caisses primaires d'assurance maladie ;
- la poursuite, avec les bailleurs sociaux, de la dématérialisation de la demande d'aide au logement.

*Les mesures de simplification législatives et réglementaires
des prestations familiales étudiées dans le cadre des engagements
prévus par la nouvelle COG*

La COG 2013-2017 fixe des objectifs de simplifications concernant des prestations familiales complexes qui nécessitent des modifications de nature législative ou réglementaire.

Ainsi, en 2013, ont été conduits des travaux en vue d'expertiser les pistes de simplification suivantes :

- **la simplification des aides au logement**: en lien avec la CNAF, la CCMSA et la DHUP certaines mesures sont susceptibles d'être mises en œuvre à brève échéance.

Il s'agit notamment de supprimer progressivement l'attestation de loyer comme pièce justificative nécessaire à l'ouverture du droit, pour la remplacer par des procédures de contrôle. Cette mesure qui doit accélérer l'ouverture du droit au bénéfice des allocataires, consisterait dans un premier temps à autoriser les caisses à traiter la demande même en l'absence de cette attestation et dans un second temps à ne plus la demander. Cette mesure de simplification doit s'articuler avec les impératifs de maîtrise des risques.

La première phase pourrait être mise en œuvre à compter de 2014.

- **la simplification de la prestation d'accueil du jeune enfant**: plusieurs mesures de simplification ont été proposées par la CNAF, notamment la suppression de la condition d'un revenu minimum d'activité pour bénéficier du complément de mode de garde (CMG), qui fait l'objet d'une proposition de mesure pour le PLFSS 2014.

1.3. Le renforcement de l'accessibilité de l'assurance maladie par le développement des canaux de contact et l'enrichissement des télé-services personnalisés

L'assurance-maladie dispose de plateformes téléphoniques qui ont traité plus de 32 millions d'appels en 2012, via le numéro 3646, accessible au prix d'une communication locale depuis un poste fixe. Cela permet, outre la simplification, une uniformité et une égalité de traitement sur tout le territoire.

La CNAMTS a mis en place un numéro de téléphone dédié à chaque médecin lui permettant d'appeler pour toute question administrative ou de remboursement sa CPAM, sa caisse locale de la Mutualité sociale agricole ou du régime social des indépendants (RSI), sans passer par une plate-forme généraliste. Ce numéro est opérationnel pour l'ensemble des CPAM, des caisses de la MSA et du RSI depuis octobre 2011. Des courriers interrégimes (CNAMTS, MSA, RSI) ont permis d'informer personnellement l'ensemble des médecins des numéros de téléphone dédiés de leurs caisses locales.

Le taux de satisfaction des médecins utilisateurs est élevé (près de 80%).

Concernant les services en ligne, la branche maladie continue à enrichir progressivement son offre pour améliorer la qualité de service et la satisfaction 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, au professionnel de santé ou à l'employeur.

En 2012, 80 millions de visites ont ainsi été enregistrées sur le site ameli.fr.

Le « compte assuré » sur ameli.fr

Chaque assuré peut créer son compte, espace sécurisé lui donnant accès d'une part à ses informations personnelles et d'autre part aux démarches sécurisées proposées en ligne.

Le « compte assuré » est un service du régime général de l'Assurance maladie également proposé non seulement aux personnes affiliées au régime vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC), mais également aux assurés de la Caisse d'assurance retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN), de la caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS), de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG), de l'Etablissement national des invalides de la marine (ENIM) et de la Mutuelle générale de la police (MGP).

Les fonctionnalités proposées sur le compte assuré s'enrichissent progressivement : messagerie intégrée et sécurisée, téléchargement d'attestations, commande en ligne de carte européenne d'assurance maladie, déclaration de perte ou de vol de carte Vitale.

Depuis avril 2013, pour améliorer et adapter son niveau de réponse en fonction de l'équipement et des usages de ses différents publics, l'Assurance-maladie propose une application mobile « Mon compte assuré » pour smartphone, disponible gratuitement sur les plateformes de téléchargement. Elle permet à l'aide d'une navigation simple de retrouver rapidement les différents services du compte assuré (accéder à ses derniers paiements, consulter son profil et modifier ses informations personnelles).

De plus deux nouveaux services y sont désormais accessibles : géo-localisation des guichets automatiques de l'Assurance maladie et possibilité d'adhérer au compte assuré en commandant un code provisoire.

À partir de la fin de l'année 2013, des bornes multiservices en mode Web, déclinant les services du compte assuré, seront implantées dans les accueils et en façade des caisses d'assurance maladie, afin d'accroître la qualité du service rendu aux assurés dans une logique multicanal.

LES FONCTIONNALITÉS ENRICHIES DE MON « COMPTE ASSURÉ » SUR AMELI.FR

Le « compte assuré » permet l'accès, par tout assuré adhérent, à cinq rubriques personnalisées et sécurisées :

- Mes paiements : y figurent les derniers décomptes de remboursements de consultations et soins avec, le récapitulatif annuel des prestations dont a bénéficié l'assuré au cours de la dernière année civile, 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 ; possibilité d'obtenir le relevé fiscal comportant les indemnités journalières et pension d'invalidité imposables à déclarer ;
- Mes demandes : l'assuré peut télécharger une attestation de droits pour lui et chacun des bénéficiaires qui lui sont rattachés, télécharger une attestation de paiement d'indemnités journalières, commander la carte européenne d'assurance maladie, déclarer la perte ou le vol de sa carte Vitale (ce qui déclenche automatiquement la fabrication d'une nouvelle carte), suivre la commande de carte Vitale, obtenir le relevé fiscal qui comporte les indemnités journalières et pension d'invalidité imposables à déclarer ;
- Mon profil : l'assuré peut y consulter et vérifier les principaux éléments administratifs le concernant ainsi que ses ayants droit. Y figurent les coordonnées de son médecin traitant, son code secret. En 2012 ont été ajoutées les informations relatives à la complémentaire santé connue de l'assurance maladie. L'assuré peut y indiquer une nouvelle adresse son adresse et la date de son déménagement ;
- Ma messagerie : l'assuré y dispose d'une messagerie personnelle. Tout message envoyé reçoit sous 48 heures une réponse accessible dans l'espace sécurisé de son compte. L'assuré en est informé par message à son adresse personnelle enregistrée dans ses informations personnelles ; l'historique des échanges est conservé pendant six mois ;
- 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'T dents » aux parents d'enfants âgés de 6 ans, 9 ans, 12 ans, 15 ans et 18 ans, pour leur proposer de suivre les examens préconisés par l'assurance maladie et télécharger s'ils le souhaitent, le bon de prise en charge, offert par l'assurance maladie, d'un examen bucco-dentaire de leurs enfants,
 - Information générale sur les programmes et actions de prévention de l'Assurance maladie,
 - Pour les futures mères, proposition d'inscription au service d'accompagnement du retour à domicile après l'accouchement, par la sage-femme de son choix.

En avril 2013, près de 11,5 millions d'assurés avaient ouvert leur « compte assuré » sur ameli.fr, contre 9,1 millions en avril 2012, soit une progression de 26,4 %.

Chaque mois, 9,7 millions de connexions ont été enregistrées sur les comptes assurés.

Le compte assuré est ainsi devenu le premier mode de contact entre l'assurance maladie et ses assurés. Les guichets automatiques de l'Assurance maladie se situent en deuxième position avec 40.5 millions d'opérations effectuées au cours de l'année 2012, suivis par les visites dans les agences ou points d'accueil dans des proportions égales aux appels téléphoniques, et enfin les courriels qui montent toutefois en puissance.

La consultation des derniers remboursements constitue le premier motif de visite du compte assuré (67 % des consultations). Le service « téléchargement de l'attestation de droits » a par ailleurs progressé de 78 % entre 2011 et 2012. En septembre 2012, près de 1 million de téléchargements de documents ou de démarches en ligne ont été comptabilisés et 255 000 courriels étaient envoyés chaque mois par les assurés *via* leur compte assuré.

L'espace « Assurés » d'ameli.fr, quant à lui accessible à tous les publics comporte des informations générales sur les caisses d'assurance maladie (adresse, lieux et horaires d'ouverture).

En 2012, il s'est doté d'une rubrique « soins et remboursements » avec un simulateur permettant à l'assuré d'apprécier ses droits à une complémentaire santé gratuite (CMU Complémentaire) ou à une aide pour financer une complémentaire santé (ACS).

Pour mémoire, l'espace « Assurés » d'ameli.fr propose par ailleurs un accès à deux sites complémentaires :

- **ameli-direct.fr** permet la recherche de professionnels ou établissements de santé par commune et spécialité, avec l'indication de leurs coordonnées, du secteur de conventionnement et des tarifs habituellement pratiqués. Le site a enregistré environ 4,7 millions de visites en 2012 ;
- **ameli-sante.fr**, site entièrement dédié à l'information médicale, au conseil et à la prévention en matière de santé regroupés en près de deux-cents thèmes relatifs à des maladies courantes et des pathologies plus lourdes. Il a reçu environ 2.7 millions de visites en 2012.

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

L'espace « Professionnels de santé » d'ameli.fr

Fin 2012, 377 366 professionnels de santé étaient adhérents au portail « Espace-pro » contre 335 640 fin 2011, ce qui représente une augmentation de 12,4 % en un an. Cet espace permet depuis 2012 de dématérialiser la transmission de l'avis d'arrêt de travail (14 333 utilisateurs pour 138 508 transmissions en décembre 2012, soit un taux de dématérialisation de 10,3 %) ou de réaliser en télé procédure la déclaration de choix médecin traitant (19 081 utilisateurs pour 98 905 transmissions en décembre 2012), leur évitant, ainsi qu'aux patients, les formalités papier. L'établissement du protocole de soins électronique pour les personnes reconnues en affection de longue durée y est aussi proposé (8 798 utilisateurs et 21 486 transmissions en décembre 2012, avec un taux de dématérialisation de 12 %).

De plus les télé-services disponibles sur Espace-pro sont progressivement rendus accessibles à partir de l'environnement de travail des professionnels de santé, c'est-à-dire intégrés à leur « logiciel métier » ce qui suppose une coordination entre les différents éditeurs de ces logiciels et l'Assurance maladie. C'est déjà le cas des télé-services les plus utilisés : l'avis d'arrêt de travail et la déclaration de choix du médecin traitant. Il s'agit d'une forte attente des professionnels de santé dans un souci de simplification de leurs tâches administratives.

L'espace « Employeurs/Entreprises » d'ameli.fr

Plusieurs télé-services sont proposés aux employeurs sur ameli.fr, via le site net-entreprises dédié aux déclarations sociales, et notamment la transmission en ligne de l'attestation de salaire pour les indemnités journalières de maladie, maternité ou paternité. Elle permet à la caisse d'assurance maladie de recevoir plus rapidement et d'intégrer directement les données relatives à la date d'arrêt de travail et au montant du salaire utilisé pour le calcul des indemnités journalières (IJ) et ainsi d'améliorer le délai de liquidation de ces indemnités. Le volume de ces attestations de salaires dématérialisées augmente à un rythme rapide: 7,15 millions en 2012, contre 6 millions en 2011 et 4,8 millions en 2010.

Sont également disponibles la déclaration dématérialisée d'accident du travail ou de trajet, obligatoire dans le délai de 48 heures et, dernier service en ligne proposé depuis 2011, le « compte accident du travail/maladie professionnelle » qui offre aux employeurs une visibilité complète sur leurs risques professionnels en vue d'une meilleure prévention: taux de cotisation notifiés et détail du calcul, suivi en tant réel des accidents du travail récemment survenus et ayant un impact sur les futurs taux de cotisation...

Le nombre d'employeurs inscrits à chacun de ces télé-services, a enregistré une croissance importante en 2012 par rapport à 2011 :

| | | |
|---|---------|--------|
| - Attestation de salaire IJ | 366380 | + 26 % |
| - Déclaration d'accident du travail | 315 194 | + 34 % |
| - Compte Accident du travail/maladie professionnelle: | 342 783 | +160 % |

La qualité des fonctionnalités du site ameli.fr a permis sa désignation comme lauréat du prix « Services publics » des Trophées des Acteurs du Numérique en avril 2013.

La généralisation d'une offre structurée en matière de prévention: Sophia

Sophia est un service innovant d'accompagnement par l'assurance-maladie des personnes souffrant de maladies chroniques, et plus particulièrement du diabète. L'objectif est d'améliorer ou préserver l'état de santé des personnes atteintes de cette maladie chronique en prévenant les complications liées à cette maladie. Il s'agit d'aider les personnes concernées à mieux connaître leur maladie et adapter leurs habitudes.

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. Chaque entretien téléphonique dure environ 20 minutes.

Le programme Sophia a fait l'objet d'une expérimentation débutée en 2008 dans 10 départements puis étendue progressivement fin 2010 à 9 départements supplémentaires, soit un total de 19 départements pilotes. Après cette expérimentation réussie et ses résultats positifs en termes de surveillance médicale et de montant de dépenses en soins de ville et d'hospitalisation des personnes suivies, Sophia a été généralisé à tout le territoire en deux étapes: 41 départements fin 2012 et les 45 restants début 2013.

Le site Internet www.ameli-sophia.fr a entièrement été refondu en 2012. Il 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).

L'accompagnement est assuré par 140 infirmiers-conseillers en santé, recrutés après un minimum de cinq années d'exercice en clinique. Fin 2013, ils seront près de 270 regroupés en six centres et unités d'accompagnement.

Les médecins traitants sont partie prenante du dispositif Sophia proposé à leurs patients. Ils sont actuellement 55800 médecins concernés. Selon une enquête de satisfaction menée en 2011, ils étaient 75 % à apprécier l'aspect pédagogique et informatif du service Sophia et 61 % à le juger utile pour les malades.

En février 2013, 226000 patients étaient adhérents à Sophia. Dans les 19 anciens départements pilotes ayant débuté en 2008, le taux d'inscription des personnes concernées est de 34,5 %.

L'objectif est d'atteindre 350000 adhérents fin 2013.

L'extension de Sophia est prévue pour fin 2013 aux personnes asthmatiques dans le cadre d'une expérimentation sur 18 départements.

1.4. Les travaux menés dans le cadre de l'instance de simplification administrative de l'exercice libéral des professionnels de santé

Dans le prolongement des travaux de l'instance de simplification administrative initiés en février 2011 entre les syndicats de médecins libéraux, les caisses nationales d'assurance maladie et l'administration, puis étendus aux autres professionnels de santé, la ministre des Affaires Sociales et de la Santé a installé une nouvelle instance de simplification administrative le 12 février 2013 afin de poursuivre, amplifier et réorienter les actions entreprises, dans l'objectif notamment de diminuer le temps consacré par les professionnels aux tâches administratives au profit de la qualité de la relation avec le patient.

Les actions menées en direction des professionnels de santé jusqu'en 2012 ont porté notamment sur :

- la rationalisation de l'exigence de certificats médicaux ;
- la mise à disposition d'un correspondant médical identifié au sein du service médical de chaque organisme d'assurance maladie ;
- la suppression de certaines demandes d'accord préalable concernant les auxiliaires médicaux et les sages-femmes ;
- la simplification du transfert, en cas de mutation de dossier, de la déclaration de choix du médecin traitant et du protocole de soins des personnes reconnues en affection de longue durée ;
- le développement des télé-services.

Depuis février 2013, le programme de la nouvelle instance de simplification, fixé par la ministre des affaires sociales et de la santé, se décline selon 3 axes :

Favoriser le regroupement et l'installation des médecins :

L'objectif est de soutenir la démarche des médecins s'installant dans des structures de groupe avec l'impératif de ne pas pénaliser, en termes de montant de prise en charge par l'assurance maladie, l'assuré consultant un médecin de la structure qui n'est pas son médecin traitant.

Les Agences régionales de santé (ARS) ont, depuis le 1^{er} février 2013, désigné des référents « installation » pour apporter une aide aux médecins ainsi qu'aux autres professionnels de santé qui souhaitent s'installer.

Étendre le Tiers-Payant :

Il s'agit de permettre aux médecins de faire bénéficier de la dispense d'avance de frais à leurs patients qui ne sont pas déjà concernés par le tiers-payant à titre obligatoire en qualité notamment de bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide à la complémentaire santé.

Améliorer la vie quotidienne des professionnels de santé

Les professionnels de santé ont réaffirmé leur vif souhait de voir réunies dans leur logiciel métier les fonctionnalités relatives à leur activité professionnelle ainsi que les services concernant les patients (intégration des protocoles de soins électroniques notamment prévue pour la fin de l'année).

Cet objectif s'inscrit en cohérence avec le « programme 2 » du schéma directeur des systèmes d'information de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés qui promeut le développement de télé-services intégrés au logiciel métier des professionnels de santé.

Par ailleurs, les travaux se poursuivent sur les échanges sécurisés entre les médecins et les services médicaux de l'assurance maladie (messagerie sécurisée pour l'ensemble des échanges concernant un assuré).

1.5. Le renforcement de la dématérialisation et la diversification des services aux retraités et futurs retraités fondés sur l'interrégimes

Le GIP Info retraite, créé en 2004 pour mettre en œuvre le droit à l'information prévu par la loi de 2003 portant réforme des retraites, a adressé en 2012 :

- 3,86 millions de relevés de situation individuelle (RIS) au regard des droits acquis dans les différents régimes 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 ;
- 2,95 millions d'estimations indicatives globales (EIG) du montant total de leur future retraite selon l'âge de départ envoyées aux personnes âgées de 55, 60 et 63 ans.

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a renforcé et simplifié le droit à l'information, en créant trois nouveaux services qui ont été mis en place en 2012 :

Le relevé de situation individuelle en ligne : RIS électronique

Il s'agit de la possibilité pour tout assuré ayant commencé à travailler et quel que soit son âge, de demander un relevé en ligne récapitulant l'ensemble de sa carrière professionnelle, tous régimes confondus avec les droits acquis dans tous ses régimes de retraite obligatoires, de base et complémentaires. Il permet de vérifier que l'ensemble de la carrière professionnelle a bien été pris en compte pour, le cas échéant, demander une régularisation sans attendre le moment de la liquidation des retraites.

Limité dans un premier temps aux personnes approchant de l'âge de la retraite ce service a été étendu progressivement puis généralisé depuis janvier 2012 à toutes les générations. En 2012, les demandes ont émané de 786 024 assurés différents.

Le télé-service RIS électronique est accessible à partir du site www.lassuranceretraite.fr, point d'entrée unique à tous les services de l'assurance retraite du régime général et également aux sites Internet des différents régimes de retraite.

L'entretien information retraite : EIR

Le principe posé par la loi du 9 novembre 2010 est celui d'un entretien d'information sur la retraite, personnalisé et individuel à partir de l'âge de 45 ans.

Il s'agit d'un rendez-vous avec un conseiller retraite au cours duquel le futur retraité peut bénéficier du commentaire de son estimation indicative et de tous les éclairages nécessaires à sa prise de décision en termes d'âge de départ à la retraite, notamment de prolongation de l'activité et de surcote, de retraite progressive, passage à temps partiel, cumul emploi-retraite.

Après une période d'expérimentation, l'Assurance retraite recommande cet entretien à partir de 55 ans, c'est-à-dire après réception par l'assuré de l'estimation indicative globale du montant de sa retraite, ce qui permet des simulations plus précises du montant de la retraite.

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 se généraliser et atteindre en 2012 environ 80 000 entretiens information retraite, soit le double par rapport à 2011.

L'information des nouveaux assurés

Au cours du deuxième semestre 2012, et pour la première fois, dans le cadre du droit à l'information, des courriers ont été adressés aux jeunes entrant dans la vie active.

L'objectif est d'informer et sensibiliser les personnes âgées de 16 à 33 ans ayant validé au moins un trimestre dans l'ensemble des régimes obligatoires au cours de l'année précédente, 2011, sur les droits à la retraite.

Cet envoi comportait un dépliant, « Mon parcours professionnel, ma retraite » et une lettre d'accompagnement.

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

Depuis 2011, le site de l'assurance retraite du régime général propose aux assurés et aux entreprises un ensemble de services. Certains sont accessibles à partir d'un compte personnel sécurisé à l'aide d'un code confidentiel.

Le site propose des informations et des services intégrant les réformes des retraites pour répondre aux attentes de ses différents publics (salariés, retraités...) avec :

- un service de calcul de l'âge légal de départ à la retraite ;
- la régularisation de carrière en ligne pour les assurés 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, de base et complémentaires ;
- le service « Mes informations retraite » propose aux internautes d'obtenir des renseignements sur l'actualité des retraites, le suivi de leur dossier ou leurs derniers paiements ;
- 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. Elle comporte une série de rubriques et une gamme étendue de fonctionnalités : le calendrier mensuel de paiement des retraites, l'actualité nationale et régionale, un repérage des points d'accueil par géo-localisation, l'accès direct au numéro d'appel national 39 60, un calcul de l'âge légal de départ à la retraite en fonction de la date de naissance, ainsi que la visualisation ou la demande d'un nouveau Relevé individuel de situation *via* le compte personnel sécurisé.

En juin 2012, l'espace Entreprises a été créé. Il regroupe l'ensemble des informations relatives à la réglementation des retraites et la gestion des seniors (maintien dans l'emploi...). Il comporte également une rubrique « Contacts » pour accéder à l'offre de conseil aux entreprises de leur région.

Le développement du partenariat avec l'AGIRC-ARRCO : signalements réciproques de toute demande de retraite

Afin de simplifier les démarches des futurs retraités, un nouveau dispositif a été mis en place en 2012, de signalements réciproques, et avec son accord, de toute manifestation d'un assuré relative à une demande de retraite auprès d'un organisme de retraite de base du régime général ou de l'Agirc-Arrco.

Le partenaire ainsi informé prend contact avec l'assuré afin de lui éviter une seconde démarche similaire et de coordonner la date de départ à la retraite dans son régime de base et son régime complémentaire.

Enfin, dans le prolongement des préconisations de la Commission pour l'avenir des retraites, le projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système des retraites comporte un volet dédié aux mesures de simplifications interrégimes sur les trois étapes des relations des assurés et des régimes de retraite :

- avant la liquidation, avec la création d'un compte retraite unique en ligne pour chaque Français. Il regroupera à terme l'ensemble des informations sur les droits acquis sur l'ensemble de leur carrière, pour tous les régimes;
- au moment de la liquidation, avec la création d'une demande unique de retraite en ligne avec une déclaration préremplie.
- une fois la pension liquidée, avec la simplification du paiement et l'utilisation du compte unique de retraite pour permettre au retraité d'avoir accès à l'ensemble de ses pensions de retraite, de retrouver tous les documents et formulaires utiles et de transmettre les informations et pièces nécessaires aux caisses.

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 complémentaires :

- 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.

Tous ces axes reposent pour partie sur les progrès de la dématérialisation. Il convient en effet de noter que certaines déclarations sociales sont totalement dématérialisées, sans obligation pour les déclarants, mais du fait 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 97%).

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 - Montée en charge des principaux dispositifs de titres simplifiés

| | Employeurs actifs | | | Salariés actifs | | |
|------------------------|-------------------|-----------|-----------|-----------------|---------|---------|
| | T1 2011 | T1 2012 | T1 2013 | T1 2011 | T1 2012 | T1 2013 |
| CESU | 1 612 648 | 1 607 722 | 1 567 354 | 682 969 | 677 716 | 647 954 |
| PAJEMPLOI | 880 563 | 907 458 | 917 435 | 384 511 | 386 810 | 389 452 |
| CEA | 32 221 | 32 582 | 33 306 | 64 188 | 66 671 | 69 454 |
| TESE | 46 058 | 48 389 | 49 501 | 76 695 | 82 994 | 87 186 |
| TESA (agricole) | 48 078 | 53 797 | 56 755 | 387 448 | 435 907 | 459 881 |

Sources: ACOSS, CCMSA

Tableau 2 - Dématérialisation croissante des dispositifs de titres simplifiés

| | | T1 2011 | T1 2012 | T1 2013 |
|-----------|--------------------------------------|---------|---------|---------|
| CESU | Taux de dématérialisation des volets | 42,5 % | 47,6 % | 51,3 % |
| PAJEMPLOI | Taux de dématérialisation des volets | 94 % | 96 % | 97 % |

2.1.1. Le chèque emploi service universel (CESU)

Le chèque emploi services universel (CESU) est un dispositif qui comporte deux aspects : un outil déclaratif, et une modalité de versement d'avantages à des ménages (cf. encadré).

Le CESU déclaratif institué par la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne 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 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 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 : 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. Ce dispositif couvre la quasi-totalité de la population des particuliers employeurs éligibles. 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 relation 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. Le décret du 9 juillet 2013 permet le lancement effectif du dispositif auquel les Conseils Généraux peuvent souscrire par convention avec l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale.

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 2013, plus de 310 000 assistantes maternelles et 71 000 gardes d'enfant à domicile sont employés par plus de 910 000 familles dans le cadre de ce dispositif.

Il enregistre également le plus fort taux de dématérialisation (97 % de volets sociaux dématérialisés en 2013) 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^{er} avril 2009. Lors de cette réforme, la limite d'effectif pour l'emploi de salariés permanents a été portée de 5 à 9 salariés au plus.

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 dont près de 50 000 comptes actifs au premier trimestre 2013, très majoritairement de moins de 3 salariés. Son utilisation est depuis 2011 (avec 87 000 salariés actifs déclarés par mois) supérieure à celle du TEE et du CETPE qui lui préexistaient. Le taux de dématérialisation est de près de 88 %. 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. 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. Le PLFSS pour 2014 propose donc une adaptation législative afin de faciliter l'extension du CESU pour les particuliers employeurs des DOM.

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^{er} 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 un an après son lancement (410 employeurs adhérents pour 320 salariés déclarés par mois au premier trimestre 2013).

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^{er} avril 2010.

Toutefois, son usage reste très limité (126 adhérents au premier trimestre 2013).

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. 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^{er} 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.

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 32 000 associations employeurs et concerne chaque mois plus de 68 000 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 relèvent de plusieurs interlocuteurs. Toutefois, le champ de compétences des URSSAF et, dans les DOM, des Caisses générales de sécurité sociale, s'est progressivement étendu à la plupart des prélèvements dus sur les salaires, 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 2000 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). 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

| | | 2011 | 2012 |
|-------------|------------------------|---------|---------|
| CNFE | Employeurs | 5 956 | 6 375 |
| | Cotisations recouvrées | 238 M€ | 301 M€ |
| GUSO | Employeurs actifs | 84 920 | 84 720 |
| | Salariés (DPAE) | 325 208 | 336 152 |
| | Cotisations recouvrées | 97 M€ | 100 M€ |

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^{er} janvier 2008, les 1,6 million d'artisans et commerçants disposent d'un interlocuteur social unique (ISU). Cette réforme a instauré 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.

ORGANISATION DU 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 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 a été déterminée par le décret du 3 mai 2007 entre les deux réseaux qui collaborent sur l'ensemble du processus.

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.

Le décret du 8 juillet 2013 adapte le cadre de mise en œuvre de l'interlocuteur social unique (ISU) pour les fonctions assurées conjointement par les caisses du régime social des indépendants (RSI) et les URSSAF. Une convention de gestion nationale entre la Caisse nationale du régime social des indépendants et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et des conventions régionales entre les caisses de base du RSI, les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et les caisses générales de sécurité sociale conduiront à la mise en place d'une organisation permettant le traitement de bout en bout en commun de la gestion du recouvrement des cotisations auprès du public des artisans et commerçants. En outre, le décret permet à la caisse nationale du RSI de déléguer sa compétence en matière de recouvrement contentieux aux caisses de base du RSI.

La mise en place de l'ISU se traduit à terme par une simplification des modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants : le calendrier de recouvrement des cotisations sociales sur l'année civile est uniformisé pour l'ensemble des 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 initialement touché un certain nombre de cotisants.

Les pouvoirs publics ont marqué leur volonté de ramener au plus vite la situation à la normale. Un plan d'actions de résorption des anomalies informatiques, annoncé le 24 février 2010 par les ministres des comptes publics et des PME, a 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 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 reprend et pérennise les objectifs du plan d'action.

LE RSI: DES AMÉLIORATIONS SENSIBLES ET MESURABLES EN 2013

Le RSI a pour objectif d'apporter ses compétences au service de 6 millions d'assurés, actifs, retraités et ayants droit, affiliés au régime au 31 décembre 2012. C'est un régime dynamique qui a immatriculé plus de 470.000 assurés, créateurs ou repreneurs d'entreprise en 2012. Depuis la fin de l'année 2011, un effort important a été fait par le régime pour réduire en dessous d'un mois le délai d'inscription afin notamment d'accélérer la délivrance ultérieure de la carte vitale. Cette mobilisation a permis de résorber tout au long de l'année 2012 les dossiers en instance d'affiliation.

Concernant l'accueil physique, la dernière enquête mesurant la satisfaction des assurés se déplaçant dans les caisses montre que 92% des personnes interrogées se déclarent dorénavant satisfaites du service rendu.

Par ailleurs, le RSI est mobilisé pour assurer un traitement rapide et efficace des réclamations et pour raccourcir les délais de remboursement de cotisations. Le nombre de réclamations reçues de janvier à mai 2013 (12 600) est d'ailleurs en baisse de 30 % par rapport à la même période en 2012 (18 100). Cette tendance à la décrue s'accélère même, le nombre de réclamations passant de 3 800 en janvier à 1 300 en mai 2013, ce qui constitue un chiffre limité si on le met au regard des 3,2 millions de travailleurs indépendants affiliés au RSI puisqu'il représente un taux de réclamation de 0,04% par mois.

S'agissant de l'accueil téléphonique, en 2012, le RSI a pu traiter 89,5% des appels téléphoniques, tout motifs confondus et, pour le mois d'avril 2013, 91,1% des 385 900 appels reçus. S'agissant de la gestion des appels téléphoniques en matière de cotisations, le RSI doit faire face à des pics d'appels dont l'ampleur est variable sur l'année et parfois imprévisible en fonction de l'actualité ou du contexte économique. L'enjeu pour le RSI est de pouvoir répondre aux flux d'appels, quels que soient leurs niveaux, tout en maîtrisant les coûts de gestion. Dans le cadre de l'Interlocuteur social unique, c'est une plate-forme, commune au RSI et à l'ACOSS, qui traite une partie des appels reçus par les centres de paiement du RSI. Grâce à la mise en place de ces plates-formes, le taux de réponse aux assurés chefs d'entreprise qui appellent pour une question se rapportant aux cotisations, est de 93,8% en 2012. Le RSI travaille actuellement avec l'ACOSS pour aboutir au premier semestre 2014 à la mise en place d'un numéro unique pour les cotisants.

Parallèlement, depuis le début de l'année 2012, le RSI a étoffé son offre de services, via son site internet, avec le bouquet intitulé « Mon compte ». Ce bouquet de services permet aux assurés de consulter leur compte de cotisations ou de télécharger des attestations. Il est progressivement enrichi. Ainsi, un accès spécifique est proposé depuis le 10 juin 2013 aux experts comptables afin de leur permettre d'accéder aux informations relatives au calcul des cotisations sociales de leurs clients, chefs d'entreprise, artisans ou commerçants et de les gérer en ligne. Moins de deux mois après, près de 3000 comptes ont déjà été ouverts par des cabinets comptables.

Pour améliorer la qualité de service à ses assurés, le RSI a procédé au début de l'année 2013 à une refonte complète du formulaire annuel de déclaration de revenus. L'objectif est de simplifier pour l'ensemble des travailleurs indépendants leurs démarches déclaratives et de favoriser la transmission de cette déclaration de manière dématérialisée par internet dans un souci d'efficacité et d'économie.

Enfin, la LFSS pour 2012 a introduit la faculté pour le cotisant de demander la régularisation de ses cotisations et contributions dues au titre de l'année précédente en fonction d'un revenu estimé sans attendre le mois d'octobre de l'année en cours. Cette option a permis à 17% des artisans et commerçants en 2013 (12,5% en 2012) et 8% des professions libérales (6,5% en 2012) de bénéficier de remboursements d'un montant moyen de 2 800€.

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^{er} 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. En 2012, les Urssaf et les CGSS ont ainsi recouvré 32 milliards d'euros de contributions pour le compte de l'UNEDIC et de l'AGS.

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.

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.

Ainsi en 2012, 73 particuliers employeurs ont pu déclarer leurs cotisations au moyen de cette offre de service et régler les sommes dues, notamment par carte bancaire.

Au total près de 6300 entreprises établies dans une centaine de pays utilisent le CNFE et ont acquitté en 2012 301 millions d'euros de cotisations sociales (+50 % par rapport à 2010).

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 télé-déclaration 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

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|------------|------------|------------|------------|
| DUCS – déclarations de cotisations sociales (déclarations mensuelles, trimestrielles et tableaux récapitulatifs annuels*) | | | | |
| Nombre de télétransmission | 7 634 181 | 8 577 753 | 9 952 205 | 13 006 414 |
| dont EDI « machine to machine » ⁽¹⁾ | 1 246 488 | 1 443 235 | 1 808 928 | 2 887 584 |
| dont EDI posté ⁽²⁾ | 1 603 280 | 1 741 320 | 1 830 054 | 1 952 841 |
| dont EFl (formulaire en ligne) | 4 784 413 | 5 393 198 | 6 313 223 | 8 165 989 |
| DADS-U – déclarations annuelles des données sociales par établissements et relatives aux salaires de l'année considérée** | | | | |
| Nombre de télétransmission | 1 991 510 | 2 030 670 | 2 035 427 | 1 965 501 |
| Proportion de télétransmissions | 97,37 % | 98,77 % | 99,23 % | 99,9 % |
| DPAE – déclarations préalables à l'embauche* | | | | |
| Nombre de télétransmission | 32 728 044 | 36 797 321 | 39 364 159 | 39 284 502 |
| Proportion de télétransmissions | 77,14 % | 80,74 % | 82,20 % | 86,7 % |
| Déclaration Sociale des Indépendants (ex DCR) | | | | |
| Nombre de télétransmission | 482 482 | 616 791 | 776 447 | 902 659 |
| Proportion de télétransmissions calculées sur la base de l'ensemble des DCR émises | 23,80 % | 32 % | 36,22 % | 51 % |

(1) EDI « Machine to Machine » : échange de fichiers électroniques directement entre deux serveurs distants issus de deux systèmes d'informations eux aussi distincts, sans intervention humaine au moment de l'envoi.

(2) EDI posté : échange informatisé fondé sur le téléchargement de fichiers électroniques d'un poste vers un serveur.

Source ACOSS, CNAVTS, CCMSA, 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 télé-règlement est possible.

Le nombre d'entreprises inscrites à net-entreprises progresse chaque année et atteint en 2012 atteint 2,8 millions, en hausse de 16 % par rapport à 2011. On estime que 2 entreprises sur 3 en France sont adhérentes au service en 2012, tous types d'entreprises confondus. En 2012, plus de 22 millions de déclarations sociales ont été effectuées sur ce portail, ce qui constitue une progression près de 20 % 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.

En 2013, ont été lancés :

- 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 smart-phones.

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 à 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.).

L'Espace Numérique du Particulier Employeur et du Salarié

Fin 2013, le portail « Espace Numérique du Particulier Employeur et du Salarié » (ENPES) deviendra le point d'entrée et d'information unique du particulier employeur et de son salarié. Jusqu'à aujourd'hui, le particulier employeur ou le salarié doit accéder à un site web différent en fonction de la situation dans laquelle il se trouve. S'il déclare une assistante maternelle, il doit se rendre sur pajemploi.fr, puis s'il souhaite déclarer un employé de maison payé par Chèque Emploi Service Universel (CESU), il doit se rendre sur CESU.fr.

L'ACOSS (notamment via 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 ont également été associés au projet, qui a fait l'objet d'une consultation de panels usagers.

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. Ce 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 fin octobre pour un déploiement fin 2013. Des actions de communication seront menées à l'automne 2013 par l'ensemble des partenaires à l'origine du projet ainsi que par le gouvernement : sites web, communiqués de presse et dossiers de presse notamment. Au total, on peut estimer à terme à 10 millions le nombre de visiteurs potentiels du site chaque mois.

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, 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 unique 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, selon une périodicité mensuelle, trimestrielle et annuelle concernant les tableaux récapitulatifs. Il s'agit d'une déclaration électronique normée selon des standards proches entre les URSSAF, Pôle 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. 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 associées 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 en format papier des DUCS établies par des logiciels. Cette modalité tolérée faisait perdre tout son intérêt au dispositif et présentait 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^{er} janvier 2012 et ceux qui auront déclaré plus de 50 000 euros en 2012 devront y passer en 2013. Il est proposé dans le PLFSS 2014 de réduire ce seuil à 35 000 euros en 2014 puis 20 000 euros en 2015.

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. A la fin de l'année 2012, ce taux dépasse 88%. Fin 2012, les bordereaux papiers ne représentent plus que 1,5% du total des déclarations de cotisations URSSAF. Cet écart est justifié par une re-matérialisation d'environ 10% des DUCS, pratique qui devrait disparaître, la « DUCS papier » ayant été définitivement supprimée au 1^{er} janvier 2013.

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 tenir à disposition de manière aisée les informations nécessaires aux entreprises pour la mise à jour des logiciels paie et 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 99,9 % en 2012.

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 le décret du 14 juin 2013.

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). Cet élargissement fait suite à l'intégration de la caisse de retraite du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile dans la liste des organismes destinataires de données de la DADS en 2011.

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.

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. 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 2 déclarations devant être accomplies par l'employeur avant toute embauche : la DUE ou déclaration unique d'embauche et la DPAE ou déclaration préalable à l'embauche. Plus de 36 millions de DUE ont été réalisées en 2010, dont 80% de manière dématérialisée. 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^{er} 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 fin 2013 à ce service par téléphone connecté à Internet, qui vise plus particulièrement les employeurs itinérants.

Parallèlement, 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 depuis le 1^{er} janvier 2013. Cette règle garantira que les entreprises qui embauchent le plus fréquemment effectuent leurs déclarations selon les procédés les plus sécurisés. Il est proposé dans le PLFSS 2014 de passer à un seuil de 50 DPAE en 2014.

La Déclaration sociale nominative (DSN)

Le projet DSN représente l'un des principaux chantiers fédérateurs en matière de déclaration de cotisations sociales. Il constitue une opportunité de modernisation de tout premier plan. C'est la raison pour laquelle il a été inscrit dans les chantiers stratégiques du pacte national pour la croissance, la compétitivité et l'emploi présenté le 6 novembre 2012.

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

À la suite de travaux exploratoires conduits par le GIP-MDS et d'un rapport IGAS-IGF en 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'engagement du projet a été consacré par l'article 37 de la loi de simplification du droit et d'allègement des démarches administratives du 22 mars 2012 (modifiant l'article L.133-5-3 du code de la sécurité sociale), qui 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, organismes qui ne sont pas immédiatement concernés pour leurs missions propres mais qui sont les 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, CETIP, 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.

Le portail déclaratif DSN a ouvert en mai 2013. La première DSN a été émise avec succès dès juin par une entreprise, suivie par un nombre croissant d'autres volontaires. Le PLFSS pour 2014 propose de pouvoir anticiper par décret l'obligation de souscrire à la DSN, pour les entreprises déjà soumises à l'obligation de déclaration dématérialisée auprès des URSSAF, ainsi que pour les tiers déclarants. A travers ces derniers, les TPE pourront ainsi bénéficier des avantages de la DSN sans aucune démarche.

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, 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 établit 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, puis des autres déclarations. 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 a axé ses premiers travaux sur les données qui sont dans le champ de la déclaration sociale nominative (DSN). Le mode de calcul de l'indemnité journalière (IJ) maternité a ainsi été modifié de sorte à ce que le salaire net servant de base à la détermination de l'IJ soit obtenu par application d'un taux d'abattement forfaitaire de 21% au salaire brut, afin de ne plus collecter que la donnée salaire brut. Il n'est donc plus demandé aux entreprises qui choisissent la DSN de déclarer leur salaire net, donnée assez complexe à appréhender et donc source d'erreurs. Le comité a également lancé des groupes de travail sur les règles de calcul d'effectifs et de plafond. Un projet de modification des textes est ainsi en cours de rédaction visant à simplifier la définition de l'effectif pris en compte afin d'en faciliter la déclaration. Il est envisagé dans un deuxième temps dans le cadre de la DSN de ne plus demander aux entreprises de déclarer leur effectif, ce dernier étant calculé par les organismes de protection sociale selon leurs règles, à partir des données déjà présentes dans la DSN.

La déclaration sociale des indépendants (DSI, ex-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) pour le calcul des cotisations et contributions sociales.

La loi de modernisation de l'économie du 4 août 2008 avait 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 a été mené en 2013 pour simplifier de manière importante le formulaire de la DCR, renommée DSI, et faciliter la réalisation des deux déclarations fiscales et sociales par rapprochement entre les services de net-entreprises et ceux des impôts.

La forte progression de la déclaration dématérialisée qui est passée de 36 % à 60 % de 2011 à 2012 permet de prévoir dans le PLFSS 2014 une obligation de déclaration dématérialisée, à l'image de celle qui existe pour le régime général depuis 2007.

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. Le calendrier d'appel des cotisations URSSAF sera recalé sur l'année civile d'ici la fin de l'année 2013, afin de permettre le déploiement optimal de la mesure proposée en PLFSS 2014 : il est proposé d'aligner les modalités applicables à ces cotisations sur celles qui prévalent pour les autres cotisations dues par les professionnels médicaux plutôt que de laisser perdurer des dispositions devenues largement obsolètes (calcul définitif de la cotisation sur les revenus N-2, cotisation décalée sur l'année, appel en une ou 4 fois, impossibilité d'être mensualisé, etc.).

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 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 ainsi 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'applique à compter du 1^{er} 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). Les travaux sur la rationalisation de la définition et du mode de décompte des effectifs se poursuivent en 2013 conformément au CIMAP du 17 juillet, notamment dans le cadre du comité de normalisation des données sociales.

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 ^{er} 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^{er} mai pour une entrée en vigueur le 1^{er} juillet et avant le 1^{er} novembre pour une entrée en vigueur le 1^{er} janvier ;
- les organismes de recouvrement communiquent le changement de taux aux assujettis au plus tard un mois après le 1^{er} mai ou le 1^{er} novembre.

Ainsi, les modifications décidées par postérieurement à l'adoption de la loi sont entrées en vigueur le 1^{er} 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 été mises en œuvre dans le décret du 28 décembre 2012.

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 ses services, 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^{er} 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 INTERRÉGIMES D’AFFILIATION À LA SÉCURITÉ SOCIALE

La commission interrégimes d'affiliation à la sécurité sociale est un groupe de travail opérationnel depuis la mi-2011 et conçu 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 et 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.

Cette commission ayant vocation à s'élargir aux autres régimes concernés par des problématiques d'affiliation, notamment au régime général et aux régimes agricoles, un projet de décret est envisagé 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 dans le temps 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 plus grande majorité des travailleurs indépendants, artisans, commerçants comme professions libérales. Le cadre réglementaire de ces mesures a été précisé et modernisé avec le décret du 28 décembre 2012.

Néanmoins, le gouvernement, suite aux propositions qui lui ont été faites par le RSI, a décidé d'aller plus loin en généralisant le calcul des cotisations provisionnelles sur les revenus N-1 afin de réduire autant que possible le décalage entre perception du revenu et paiement des cotisations. C'est l'objet d'une mesure du PLFSS pour 2014.

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

Ce statut mis en place depuis le 1^{er} 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.

Le chiffre d'affaires moyen par auto-entrepreneur ayant déclaré un chiffre d'affaires, 3 600 euros au premier trimestre, 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.

